

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1929. — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ÉPANCHEMENTS GÉLATINEUX
du Péritoine

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 17 Décembre 1929

PAR

LÉON COISSIEUX

Ancien élève de l'École du Service de Santé militaire

Né le 22 Octobre 1905 à Feysin (Isère)

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI, Professeur de clinique chirurgicale..	<i>Président.</i>
CABANES, Professeur d'anatomie médico-chirurgicale et de médecine opératoire	} <i>Juges.</i>
AUBRY, Professeur de pathologie générale et de pathologie médicale.....	
FERRARI, Professeur agrégé (chirurgie).....	

ALGER
IMPRIMERIE "LA TYPO-LITHO"

1929

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1929. — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ÉPANCHEMENTS GÉLATINEUX
du Péritoine

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 17 Décembre 1929

PAR

LÉON COISSIEUX

Ancien élève de l'École du Service de Santé militaire

Né le 22 Octobre 1905 à Feysin (Isère)

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI, Professeur de clinique chirurgicale..	<i>Président.</i>
CABANES, Professeur d'anatomie médico-chirurgicale et de médecine opératoire	} <i>Juges.</i>
AUBRY, Professeur de pathologie générale et de pathologie médicale.....	
FERRARI, Professeur agrégé (chirurgie).....	

ALGER
IMPRIMERIE "LA TYPO-LITHO"

1929

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. N...
DOYEN HONORAIRE..... HERAIL (*, I. (1)).
ASSESEUR..... GILLOT (I. (1)).

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. N...
Clinique ophtalmologique.....	CANGE (*, I. (1)).
Clinique médicale infantile.....	GILLOT (I. (1)).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (*, (1), A. (1)).
Clinique chirurgicale.....	COSTANTINI (*, A. (1), (1)).
Clinique obstétricale et puériculture du 1 ^{er} âge.....	LAFFONT (*, (1), A. (1)).
Clinique chirurgicale infantile et d'or- thopédie.....	LOMBARD (*, I. (1)).
Histologie et Embryologie.....	WEBER (*, (1), I. (1)).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I. (1)).
Chimie biologique et toxicologie.....	MAILLARD (*, I. (1)).
Hygiène, hydrologie et climatologie.....	CHASSEVANT (0. * 0 (*, I. (1)).
Physiologie.....	TOURNADE (0. * (*, I. (1)).
Pharmacie.....	MUSSO (I. (1)).
Médecine légale.....	GIRAUD (*, A. (1), (1)).
Anatomie.....	LEBLANC (*, (1), I. (1)).
Microbiologie et parasitologie.....	PINOY (*, I. (1)).
Physique médicale.....	PORTES (*, (1), I. (1)).
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.....	CABANES (*, (1), I. (1)).
Botanique et matière médicale.....	SENEVET (*, A. (1)).
Pathologie générale et pathologie médicale	AUBRY (*, A. (1), (1)).
Chimie minérale et organique.....	WUNSCHENDORFF (I. (1)).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (*, I. (1)).	MM. HERAIL (*, I. (1)).
VINCENT (*, I. (1)).	SOULIE (*, I. (1)).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages- femmes.....	MM. FUSTER (*, (1), I. (1)).
Cours de clinique d'oto-rhino-laryngologie	H. ABOULKER (*, (1)).

AGRÉGÉS

Chirurgie.....	{	MM. DUBOUCHER.
Médecine.....		
Physiologie.....	{	POROT (A. (1)).
Anatomie.....		LEBON (*, (1)).
Chimie médicale.....	{	HERMANN (*).
Obstétrique.....		RIBET (*).
Histologie.....	{	N...
Histoire naturelle pharmaceutique.....		HOUEL (*, (1)).
		COURRIER (*).
		FOURMENT.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni im-
probation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA GRAND'MERE

A MA MERE

A MA SOEUR

A MES PARENTS

En toute affection.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé FERRARI

C'est à lui que nous devons l'idée de ce travail. Avec son affabilité coutumière, il n'a ménagé ni son temps, ni ses conseils pour la mise au point des différents chapitres de notre thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre plus sincère gratitude pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée durant le cours de nos recherches et pour la grande bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli aussi bien à la Faculté, qu'à l'Hôpital.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur COSTANTINI

Professeur de Clinique chirurgicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous n'oublierons jamais toutes les marques d'intérêt qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant notre première année de stage et nos années d'externat. Dans son service que nous avons fréquenté par plaisir durant toutes nos études médicales, nous eûmes chaque fois l'occasion d'accroître avec notre bagage scientifique, une dette de reconnaissance que de simples mots ne peuvent arriver à traduire.

A ce maître, qui enthousiasma notre vie d'étudiant par son art chirurgical autant que par sa bonté nous sommes heureux de pouvoir dire toute la profonde reconnaissance et l'attachement affectueux que lui conservera son élève.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur CABANES

Professeur d'Anatomie médico-chirurgicale

et de Médecine opératoire

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous fit l'honneur de nous accepter dans son service à l'hôpital Parnet. Nous avons pu profiter ainsi, de l'enseignement clair et précis d'un maître aimable et bienveillant que nous sommes heureux de voir siéger aujourd'hui parmi les membres de notre jury. Qu'il veuille bien trouver l'assurance de notre plus grande reconnaissance.

Monsieur le Professeur AUBRY

Professeur de Pathologie générale

et de Pathologie médicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui dirigea nos premiers pas en médecine, alors que nous étions stagiaire de première année, salle Laënnec. Par la suite, nous eûmes plusieurs fois l'occasion de trouver dans son service un aimable accueil. Il a bien voulu nous faire le plaisir d'accepter de faire partie de notre jury, et il nous est particulièrement agréable de pouvoir lui dire, aujourd'hui, toute notre gratitude.

A MES MAITRES DES HOPITAUX CIVILS
ET MILITAIRES

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A Monsieur le Docteur HERMANN

Professeur agrégé de Physiologie

De tout cœur, nous le remercions de nous avoir accueilli et conseillé, toujours avec la plus grande sollicitude. Qu'il veuille bien trouver ici, le trop faible témoignage de l'immense reconnaissance que nous lui devons pour tout ce qu'il a fait pour nous.

A Monsieur le Docteur VERGOZ

Ancien Chef de Clinique chirurgicale

Témoignage de gratitude.

A Monsieur le Médecin-Colonel PIGEON

Médecin-chef de l'Hôpital Maillot

Officier de la Légion d'Honneur

En toute déférence.

A MES AMIS

CHOUSSAT, DUPRAT, COLLIN

En gage d'une amitié sincère.

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE
ET DE LA FACULTE

Bien cordialement.

Je dédie cette thèse.

INTRODUCTION

« Certains auteurs parlant de leurs ouvrages disent :

« Mon livre, mon commentaire, mon histoire. »

... Ils feraient mieux de dire: « Notre livre, notre commentaire, notre histoire », vu que d'ordinaire, il y a plus en cela du bien d'autrui que du leur. »

PASCAL, Pensées.

Dans le courant des mois de septembre et octobre 1928, alors que nous faisions un remplacement dans le service de M. le Professeur COSTANTINI, salle Bichat, nous eûmes l'occasion d'assister à trois laparotomies faites par notre maître M. le Professeur FERRARI, pour une affection curieuse que personnellement nous connaissions très peu.

La loi des séries, à quinze jours d'intervalle, nous permit de faire plus ample connaissance avec la maladie que PEAN, en 1871, avait appelée « Maladie gélatineuse du péritoine » et qui fut décrite dans la suite par de nombreux auteurs. Ceux-ci employèrent pour la caractériser des termes variés et vue sous des étiquettes aussi différentes, les descriptions très nombreuses qu'on put en faire gagnèrent beaucoup en confusion. Ce sujet, nouveau pour nous, tenta notre jeune expérience et après avoir demandé l'avis de nos maîtres, MM. les Professeurs COSTANTINI et FERRARI, nous

nous proposâmes d'en faire le sujet de notre travail inaugural.

Certes, nous n'avons guère la prétention d'apporter à cette étude un contingent de faits bien nouveaux; nous ne pouvons non plus trancher la question du point de vue anatomo-pathologique et pathogénique, qui reste malgré tout entouré d'obscurités, notre expérience et nos travaux personnels bien réduits, ne nous le permettant pas. Nous avons essayé, dans cette thèse, de reprendre la question du point de vue général et de la traiter de la manière la plus complète possible, car ce sujet mérite que l'on s'y intéresse, les ouvrages classiques les plus récents n'en faisant que très vaguement mention.

Nous étudions, dans ce travail, les épanchements gélatineux du péritoine, en tant que complications d'affections viscérales bien déterminées, les organes principalement intéressés étant l'ovaire et l'appendice vermiculaire. Ces deux formations anatomiques sont susceptibles de donner naissance à des kystes mucœides ou colloïdes, simples ou malins, qui, après rupture, fissuration ou dégénérescence néoplasique, sont susceptibles de laisser épancher à l'intérieur de la cavité abdominale, un liquide qui donne naissance à des formations pathologiques bien spéciales. Suivant le degré de bénignité ou de malignité du produit épanché, ce liquide stagne dans le péritoine, sans apporter de trouble apparent dans l'état de santé du malade, ou au contraire peut donner naissance à une prolifération de nature néoplasique, qui peut amener une issue fatale.

Nous n'avons pas jugé utile de caractériser d'une manière plus exacte, ces phénomènes pathologiques qui tiennent beaucoup plus d'un syndrome que d'une affection nettement individualisée. Tous les auteurs

qui se sont occupés de cette question, ont voulu lui faire prendre rang dans la pathologie et ont proposé des dénominations multiples qui toutes pèchent, nous semble-t-il, par excès de précision. Cette « affection » paraissant être, dans tous les cas sans exception, confinée à l'intérieur de la membrane péritonéale, il n'est point étonnant que la plupart des auteurs aient été tentés de chercher le point de départ de ces épanchements dans la membrane même du péritoine. La preuve en est la multiplicité des dénominations qu'on retrouve dans les publications: dégénérescence myxomateuse du péritoine, cancer gélatiniforme issu de vestiges intestinaux, angiosarcome plexiforme à point de départ vasculaire, lymphangiôme multikystique avec contenu gélatineux, lymphendothéliome avec contenu mucoïde, entéro-kystome, muco-péritonite pseudo-kystique, péritonite villeuse ou verruqueuse, pseudomyxôme de péritoine. Même le terme de « Maladie gélatineuse du péritoine » introduit pour la première fois par PEAN en 1871, nous semble trop précis.

Il ne s'agit pas, en effet, d'une entité clinique, comme le croyait PEAN, lorsqu'il qualifiait ces épanchements du nom de « maladie ». Il est admis aujourd'hui que ce n'est qu'un épiphénomène péritonéal, épiphénomène d'affections protopathiques diverses, que l'on peut classer en deux grands groupes: « Epanchements gélatineux de cause gastro-intestinale » et « Epanchements gélatineux de cause ovarienne ». Dans le premier groupe se place, au premier rang des causes déterminantes, l'appendice vermiculaire qui réclame à lui seul 30 % des cas signalés. Le cæco-ascendant et l'estomac, n'entrent que très rarement en ligne de compte (10 %). L'ovaire revendique 60 % des cas. Nous nous occuperons donc, presque uniquement, des épanchements gélatineux d'origine appendiculaire ou

ovarienné, les autres origines étant possibles, mais d'une très grande rareté.

Nous avons divisé notre travail en 8 chapitres.

Après un historique de la question, nous avons reproduit, dans un premier chapitre, une série d'observations glanées dans la littérature et qui nous ont paru intéressantes et utiles pour le travail que nous entreprenions; nous les avons fait suivre de nos trois observations. Leur recueil est assez important et, comme elles sont à la base de notre étude, nous les avons placées au début, disposition qui, d'ailleurs, facilitera d'autant les recherches que le lecteur pourrait avoir à faire.

Dans un second chapitre, nous traitons de l'étiologie.

Le troisième chapitre est consacré à la symptomatologie.

Les quatrième et cinquième chapitres sont réservés à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie.

Le sixième chapitre s'occupe du diagnostic, le septième de l'évolution et du pronostic et le huitième du traitement.

La série des conclusions termine ce travail.

HISTORIQUE

C'est CRUVEILHER qui, en 1848, fait pour la première fois allusion à cette affection qu'il cite sous le nom de dégénérescence gélatiniforme du péritoine, la considérant comme une variété de cancer: le cancer colloïde. Il doute que cette dégénération gélatiniforme du péritoine soit primitive, sans toutefois en contester la possibilité et ramène l'affection à une maladie du péritoine, secondaire à une dégénération de quelques-uns des organes de l'abdomen, parmi lesquels il place au premier plan: l'estomac et l'ovaire.

En 1871, PEAN, dans son livre du « Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du petit bassin », caractérise l'affection au chapitre des « Tumeurs du péritoine » et lui donne le nom de « Maladie gélatineuse du péritoine ». Nous ne pouvons mieux faire que de transcrire ici la définition qu'il en donne: « Sous le nom de maladie gélatineuse du péritoine, nous avons décrit en 1871, dit-il, une maladie rare et curieuse dont l'étude se place naturellement entre les tumeurs par ascite et celles par cancer ou par kyste. Cette dénomination est un peu vague, mais elle a l'avantage incontestable de ne préjuger en rien de la nature de la maladie et de rendre un compte aussi exact que possible de l'aspect général qu'elle présente; quelques auteurs lui ont donné des noms plus précis, tels que ceux de cancer colloïde et de péritonite gélatineuse, mais ces expressions ont le tort grave, à notre avis, de préciser la nature de cette maladie à laquelle il est

encore bien difficile, dans l'état actuel de nos connaissances d'assigner une origine, une cause à peu près certaine. Cette maladie est caractérisée par la production dans la cavité péritonéale d'un liquide gélatineux comparable à de la gelée de pomme ou de coing ayant quelque analogie avec le liquide de certains kystes aérolaires de l'ovaire, en différant par ce fait qu'il est moins visqueux et surtout qu'il n'est pas renfermé comme lui dans une membrane épaisse, résistante mais bien dans une sorte de trame d'une ténuité extrême comparable à celle d'une toile d'araignée ». PEAN définit donc l'affection, introduit le premier le terme de « Maladie gélatineuse du péritoine », mais ne se prononce pas au sujet de l'origine de ces épanchements. Toutefois, il émet l'opinion d'une origine ovarienne possible, sans l'affirmer, à propos d'une observation que nous relaterons dans la suite.

Après 1871, la question, en France tombe dans l'oubli; quelques rares observations de kystes mucoïdes rompus avec ascite gélatineuse, consécutive, récidivante, sont publiées, sans qu'on y attache plus d'importance. Cependant, en Allemagne, de nombreuses publications étaient faites concernant ce sujet : en 1874, BEINLICH en rapporte trois cas, dans lesquels VIRCHOW diagnostiqua pour l'un: dégénération myxomateuse du péritoine, pour l'autre: péritonite gélatineuse et pour le troisième: gros kyste de l'ovaire a contenu myxomateux avec masses myxomateuses dans le péritoine.

D'autres auteurs étrangers publient à leur tour: en 1880, MAYER et MENNIG rapportent chacun un cas de « maladie gélatineuse », mais il faut arriver à WERTH en 1884, pour voir une nouvelle dénomination apparaître; WERTH, en effet, cite deux cas semblables à ceux qu'avait décrits PEAN et leur donne le nom de

« Pseudomyxôme ». En même temps, WERTH précise l'anatomie pathologique, la pathogénie et le pronostic. Ce terme de « pseudomyxôme », bien que très imprécis, fit fortune surtout à l'étranger et il n'y eut guère que les auteurs français qui continuèrent à se servir du terme créé par PEAN. WERTH s'était basé sur le caractère chimique des masses gélatineuses trouvées dans le péritoine pour étayer une nouvelle nomenclature. Après avoir soumis les épanchements gélatineux à des analyses chimiques, il avait constaté l'absence de coagulation, caractéristiques pour la mucine mise en présence de l'acide acétique. C'est ce seul caractère qui lui permit de créer le terme de « Pseudomyxôme ».

HAMMARSTEN et PFANNENSTIEL poursuivent l'étude des propriétés chimiques des masses gélatineuses, commencée par WERTH. HAMMARSTEN fait rentrer la pseudo-mucine de WERTH dans la classe des glyco-protéines, après y avoir décelé la présence d'un corps réducteur. PFANNENSTIEL admet trois espèces de « pseudomyxômes », selon la présence, l'absence et le degré de solubilité des masses gélatineuses dans l'eau. Puis viennent les travaux, les publications et observations nombreuses de NETZEL, DONAT, OLSHAUSEN, SWIECIKI, PETERS, qui reprennent l'idée déjà émise par CRUVEILHIER à savoir que cette affection n'est qu'un épiphénomène de certaines affections protopathiques du tube digestif ou des ovaires.

Pour eux, il ne s'agirait pas d'une maladie primitive du péritoine, ni d'une dégénérescence avec ascite gélatineuse, mais d'une affection vivace, progressive, envahissante, par greffes de cellules mucoïdes d'origine généralement ovarienne. En 1884, VIDAL, publie des observations identiques, sous le nom de péritonite colloïde. Déjà GOSSELIN, en 1879, avait exposé la même idée.

LANCEREAU, en 1885, parle de péritonite villeuse ou verruqueuse, et pour CLAUDE et LÉVI, l'ascite gélatineuse et le cancer du péritoine sont une seule et même maladie.

Jusqu'en 1901, l'attention des observateurs ne s'était pas assez appesantie sur l'origine possible de ces épanchements gélatineux péritonéaux. Les cas qu'ils avaient pu constater soit à la suite d'intervention, soit après autopsie, avaient été rattachés à une origine ovarienne probable, mais leurs déductions n'étaient pas allées plus avant. C'est FRAENCKEL qui, le premier, en 1901, publie un cas d'épanchements gélatineux du péritoine, consécutif à la perforation d'un appendice en état de dégénérescence pseudo-kystique. Depuis les observations se sont multipliées dans toute la littérature médicale aussi bien française qu'étrangère; les journaux médicaux allemands, américains, argentins, belges, russes, suédois, suisses, etc... nous en ont fourni de nombreux exemples.

De 1905 à 1907, RÉCAMIER, HIRST, MARIO ACEDENO, HUETER publient des observations d'épanchements gélatineux péritonéaux, après perforation appendiculaire; leur description rappelle en tous points le cas princeps de FRAENCKEL. En 1908, HARTMANN et SCHUMANN, rapportent plusieurs cas dans lesquels un épanchement gélatineux péritonéal consécutif à la rupture d'un kyste de l'ovaire coïncidait avec un appendice kystique à contenu gélatineux. Les mêmes observations sont faites en 1912 par TH. W. EDEN, par RATHE et WARREN BAILEY. TH. W. EDEN, (*Lancet*, 30 novembre 1912), trouva chez une malade opérée pour un épanchement gélatineux péritonéal par rupture d'un kyste mucoïde de l'ovaire, un appendice dilaté et rempli d'un contenu mucoïde. En 1909, NEUMANN et CHAVANNAZ, en 1910, CRAMER, MOORE, TROTTER, HONECKER,

en 1911, MALPAS et LOSTALOT, apportent leur contribution à la question par de nombreuses observations.

M. le Professeur LEJARS, en 1912, reprend le sujet en une très belle étude, à l'appui de laquelle il avance trois cas inédits. Vers 1910, AHLSTRÖM, RATHE, TEDENAT, GESSEN, FOSSARD, BOURSIER et DEMONS, avaient signalé des cas d'ascite gélatineuse consécutive à la rupture de kystes colloïdes ovariens et avaient essayé d'apporter quelques éclaircissements nouveaux.

Plus près de nous, HARTMANN et BINET, POTHERAT (1912-1918) s'occupent surtout des épanchements gélatineux du péritoine secondaires aux kystes appendiculaires. Enfin, en 1928, quelques belles observations ont été publiées par MM. ARNAUD et GIRAUD, de Marseille, par M. le Professeur KÜMMER, de Genève, qui signale un cas très curieux de « Maladie gélatineuse à siège rétro-péritonéal », consécutive à un abcès appendiculaire rétro-cœcal; nous publierons d'ailleurs in extenso, cette observation que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur KÜMMER, car c'est un cas unique dans la littérature médicale traitant de la question qui nous occupe.

Pour notre part et à l'appui de notre travail, nous apportons trois observations; elles se ressemblent toutes trois au point de vue étude macroscopique, mais elles diffèrent quant aux caractères microscopiques et à l'évolution de l'affection. D'ailleurs, nous en reparlerons, quand nous traiterons l'Anatomie pathologique. Nous regrettons que ce tribut personnel soit si faible, mais la littérature médicale nous a permis de faire un choix d'observations intéressantes, qui nous ont été d'une grande utilité pour notre travail.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

I. — Observations d'épanchements gélatineux d'origine ovarienne.

OBSERVATION I. — PEAN: *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, tome I, p. 431, *Gazette des Hôpitaux*, 1871.

Femme de 54 ans, rien dans les antécédents, commence à souffrir de son ventre vers l'âge de 45 ans. L'abdomen volumineux, nécessita une ponction qui donna issue à un liquide gélatineux.

Le diagnostic posé fut celui de kyste gélatineux de l'ovaire, probablement avec adhérences générales.

A l'ouverture de l'abdomen s'écoulèrent 15 litres de liquide gélatiniforme, brun noirâtre, strié de sang, aucune poche kystique mais le péritoine très hypertrophié, par place et couvert de fausses membranes constituait une véritable poche. Les anses intestinales, légèrement injectées, étaient englobées dans le petit bassin au milieu de masses kystiques qui les soudaient les unes aux autres. Le contenu de ces poches, à parois d'une extrême minceur, était absolument identique à celui qui s'était échappé au dehors, lors de l'ouverture de l'abdomen.

L'utérus, les trompes et les ovaires sont normaux. Tous ces organes étaient baignés par le liquide gélatineux qui remplissait la cavité péritonéale. Il est impossible de reconnaître le point de départ d'une aussi singulière sécrétion; toilette du péritoine et fermeture sans drainage.

L'ascite gélatineuse récidive et au niveau de la plaie s'établissent plusieurs fistules par lesquelles s'échappa sans interruption du liquide gélatineux. La malade est perdue de vue.

OBSERVATION 2. — PEAN: *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, tome I.

Malade opérée pour un cancer colloïde généralisé de tout l'abdomen; 20 kilos de matière gélatineuse de couleur brun foncé sont extraits de la cavité péritonéale; mais une grande partie était enkystée entre les viscères pelvi abdominaux et jusque dans l'épaisseur du mésentère. Il n'y eut pas de péritonite. La malade meurt 24 jours après l'intervention d'un iléus paralytique, à la suite d'un sphacèle des parois abdominales dans la région hypogastrique et d'une hernie complète du paquet intestinal.

L'autopsie montra un péritoine légèrement vascularisé; mais on ne put trouver trace de la matière colloïde ni même des cloisons celluleuses qui l'emprisonnaient et dont on avait constaté la présence lors de l'intervention.

OBSERVATION 3. — TERRILLON: *Société de Chirurgie*, 9 décembre 1885.

Femme de 55 ans, opérée une première fois pour un volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire droit qui se rompit dans le péritoine, en 1883. L'ovaire gauche était sain. La guérison fut parfaite. Après un an, une tumeur se développa dans l'épaisseur de la cicatrice. Peu après, l'autre ovaire devint le siège d'un nouveau kyste qui se développa rapidement. Une nouvelle opération fut faite à cause de la rupture du kyste. Le péritoine contenant une grande quantité de liquide gélatineux fut nettoyé avec soin.

L'opérée meurt de péritonite chronique au bout de 40 jours.

La tumeur secondaire incluse dans la cicatrice, était grosse comme un œuf de poule et constituée par une multitude de petits kystes à contenu gélatineux dont les parois garnies d'épithélium avaient la même structure que les kystes ovariens. Cette récurrence peut s'expliquer par une greffe des éléments du premier kyste, greffe produite au moment de l'opération. Ces mêmes greffes s'étaient produites aussi sur la surface interne du péritoine pariétal: celle-ci était parsemée de petits kystes pédiculés, à parois et à contenu semblables à ceux des kystes ovariens.

OBSERVATION 4. — BAUMGARTEN (de Königsberg) : In *Archiv. für patholog. anatomie-virchow*, Bb. 97 § 1.

Malade opérée pour un kyste mucoïde simple de l'ovaire droit. L'ovaire gauche paraissait sain et le péritoine absolument normal. Deux semaines après l'intervention, ascite abondante nécessitant une ponction. On retire 10 litres de liquide visqueux, filant, contenant des amas de cellules cylindriques épithéliales. Mort après l'intervention.

A l'autopsie, la séreuse péritonéale tomenteuse, d'aspect verruqueux, est recouverte de dépôts fibrineux membraniformes, d'épaisseur variable, plus ou moins adhérents. Cent grammes de liquide visqueux, jaunâtre, transparent, contenant des masses blanchâtres opaques et cohérentes (amas de cellules cylindriques) sont collectés dans la cavité abdominale et dans le petit bassin. L'ovaire gauche, de la grosseur d'un œuf de pigeon, contient un liquide séreux ordinaire. Sur le côté droit du tiers inférieur du rectum, on découvre un kyste un peu plus gros qu'une cerise, à contenu épais, blanchâtre, gélatineux, à paroi interne lisse et veloutée. Entre la paroi abdominale antérieure et l'épiploon, nombreux petits kystes en gâteau de miel, contenant un liquide visqueux, grisâtre.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait là de petits kystes colloïdes. La face interne de la paroi connective de l'un d'eux est tapissée d'un épithélium caliciforme à une seule couche. A l'intérieur du kyste, substance colloïde. Les néoformations kystiques intrapéritonéales se comportaient exactement, comme les extrapé-

ritonéales, seulement elles étaient de plus, entourées d'un tissu connectif jeune, mou, encore granuleux par places. Ce tissu jeune renfermait de nombreuses néoformations ramifiées comme des tubes glandulaires, recouvertes d'un épithélium cylindrique à une seule couche, partout dépourvu de cils vibratiles. Cette disposition est surtout marquée, au niveau du péritoine pelvien qui renferme aussi de petits kystes colloïdes microscopiques. Ces productions pourraient bien constituer la première phase des cavités kystiques, fait remarquer BAUMGARTEN, bien qu'il n'ait pu voir avec certitude les formes de passage entre ces deux types de néoformations.

OBSERVATION 5. — SCHLEGTENDAL: *Centrälbl. für gynökologie*, 1885.

Femme de 52 ans, opérée pour une grosse tumeur du bas ventre existant depuis 4 ans et dont le diagnostic avait été: Kyste de l'ovaire avec adhérences probables dans le petit bassin.

On trouva dans la cavité abdominale une très grande quantité de liquide libre mêlé à des masses gélatineuses, jaunâtres caractéristiques. On essaye de vider le kyste au trocart, mais on est obligé de recourir à l'évacuation manuelle d'un contenu kystique gélatineux, épais, visqueux. Derrière ce premier kyste, et au-dessous de lui, se trouve une agglomération de petits kystes fortement distendus par la même matière. Le petit bassin contient une certaine quantité de la même substance visqueuse, provenant, sans doute, de la rupture antérieure de l'un de ces kystes.

Ovariectomie gauche. L'ovaire droit également en dégénérescence kystique fut enlevé. Dans le ligament large droit on enlève un kyste semblable de la grosseur d'une pomme.

Le nettoyage de la cavité péritonéale fut extrêmement difficile à cause des dépôts gélatineux très adhérents qu'il fallut enlever. La séreuse intestinale est normale ainsi que le péritoine pariétal, mais on tombe sur un épiploon ayant subi la *dégénérescence kystique*. Ces tumeurs de

l'épaisseur d'un poing d'enfant, mais d'une forme plus allongée avaient l'aspect de gâteaux de miel. Dans la substance fondamentale jaune, transparente et gélatineuse, étaient englobés des kystes en quantité innombrable, à contenu liquide, limités par une enveloppe très nette d'un blanc brillant tranchant sur la couleur jaunâtre des parties environnantes. Ils figuraient dans leur ensemble une chaîne de tumeurs à courts pédicules.

Mort quatre jours après l'opération (collapsus).

A l'autopsie: sur le péritoine de la face convexe du foie, de la face inférieure de la rate, de la grande courbure de l'estomac et sur les différentes parties de l'intestin, principalement sur le cœcum et l'S iliaque, enfin sur tous les replis du petit bassin, se trouvant de plus ou moins grosses masses, parfois adhérentes, semblables à la matière gélatineuse et logeant pour la plupart des kystes de petit volume. Pas d'altération métastatique dans les viscères.

L'examen microscopique démontra qu'on avait affaire à un kyste glandulaire simple (einfaches glandulären Kystom).

OBSERVATION 6. — DE TORNERY: *France médicale*, 1886, p. 421.

L'auteur rapporte un cas de « pseudomyxôme du péritoine » qu'il rattache à un épanchement dans l'abdomen d'un kyste rompu. En ouvrant le péritoine, il s'écoule une matière ambrée, gélatineuse, tenace, dont tous les organes (foie, rate, estomac) sont recouverts. La toilette du péritoine reste forcément incomplète quoiqu'on remplisse la cavité abdominale avec de l'acide salicylique et du thymol. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION 7. — MACAN: *Académie Roy. de Médecine Irlandaise*, 10 juin 1887.

Femme de 40 ans, tumeur ovarienne. Un an avant, la malade s'était refusée à l'opération. A son entrée, épanchement péritonéal: ponction, petite quantité de liquide épais, gélatineux; on conclut à un kyste rompu dans le péritoine. Le diagnostic fut confirmé à l'intervention: le

kyste à parois épaisses était rompu et le péritoine, rempli de liquide gélatineux. Lavage à l'acide phénique. Guérison.

OBSERVATION 8. — D. OTT: *Société russe de chirurgie*, 18 avril 1886.

Ovariectomie chez une femme de 60 ans. Pseudomyxôme de l'ovaire avec contenu colloïde. Rupture, issue du liquide colloïde dans la cavité péritonéale. *Vascularisation secondaire*.

OBSERVATION 9. — DONAT: *Centralblatt für gynœkol*, 1886.

DONAT trouve au cours d'une opération pour kystes ovariens des masses gélatineuses, intra-péritonéales, résultant de la perforation d'un kyste. Lavage à l'acide salicylique. Ces masses colloïdes contiennent beaucoup d'albumine mais pas de mucine. L'inoculation à des lapins n'a pas donné de résultat.

OBSERVATION 10. — OLSHAUSEN: *Zeit f. geburts* XI. Heft I.

Kyste de l'ovaire proliférant chez une femme de 40 ans. Pendant l'opération abandon dans l'abdomen d'une petite quantité du contenu de la tumeur. Deux ans, après nouvelle tumeur dans l'abdomen. Elle pèse 7 livres et demie. Elle ne s'est développée ni dans l'ovaire sain, ni dans le pédicule de l'ovaire enlevé. Elle est formée de la même substance gélatineuse qui constituait la tumeur primitive. Cette substance est comme soutenue par de minces cloisons membraneuses et présente les mêmes cellules épithéliales que l'on retrouve dans tous les kystes de l'ovaire. Cette substance gélatineuse dépourvue d'enveloppe, recouvre tous les organes de l'abdomen et adhère intimement avec eux.

OBSERVATION 11. — BAILLY: *Bulletin Soc. Anatom.*, 1854, p. 152.

Ponction d'un kyste de l'ovaire. Un mois après cette intervention, signes de péritonite et mort, sans nouvelle

ponction. A l'autopsie, dans le péritoine, 1 litre et demi de liquide gélatineux pareil à celui qu'on avait extrait du kyste lors de la ponction. Lésions de péritonite.

OBSERVATION 12.— SÉBILEAU: « *Epanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme* ». Th. Paris 1889.

Femme de 36 ans. Depuis 8 mois, son ventre a augmenté de volume dans de fortes proportions.

A l'intervention, on tombe sur une tumeur dont la paroi se déchire et qui laisse échapper, des flots de liquide gélatineux, jaunâtre, sanguin. Des amas de gélatine plus dense flottent au milieu du reste du liquide. Dans l'intérieur de la poche apparaissent deux ou trois anses intestinales, villeuses, rouges. Au-dessous de cette poche, apparaît une tumeur qui s'étend en bas, jusque dans le petit bassin où elle est fixée. Son extirpation n'est pas tentée. Toilette du péritoine. Fermeture sans drainage après résection partielle des parois du kyste péritonéal.

Mort 6 jours après l'opération.

Autopsie: Il s'agit d'une tumeur polykystique de l'ovaire, pleine de liquide gélatineux, développée dans le ligament large droit, absolument adhérente au bord droit de l'utérus dont il est matériellement impossible de la séparer: enclavée dans le petit bassin, où elle est tellement fixée qu'on ne peut l'extraire de l'abdomen, elle repousse à droite l'utérus qui est normal. La cavité péritonéale est pleine de liquide gélatineux; des fausses membranes épaissies et adhérentes en avant à la paroi abdominale forment les parois d'une poche très vaste occupant presque tout l'abdomen et dans laquelle flottent des anses de l'intestin grêle. Ces parois sont rouges, imbibées de sang, enduites de matière colloïde. Elles ne présentent pas de tumeurs secondaires.

Les points intéressants de cette curieuse observation sont :

a) Présence d'une vaste ascite gélatineuse enkystée donnant lieu à des symptômes, appartenant en partie à une tumeur kystique, et en partie à un épanchement du péritoine.

b) La difficulté, sinon l'impossibilité du diagnostic.

c) Une rupture probablement traumatique du kyste suivi de péritonite et d'épanchement gélatineux du péritoine.

OBSERVATION 13. — GROSS. In th. DUFFNER, Paris 1888.
« *Ruptures et perforations des kystes de l'ovaire* ».

Femme âgée de 63 ans, sans antécédent pathologique. Augmentation progressive de l'abdomen depuis quatre mois, avec douleurs. Développement très rapide dans les sept dernières semaines.

On essaie une ponction qui reste blanche, un liquide épais, gélatineux, obstruant la canule.

A l'intervention, il s'écoule un liquide ascitique contenant en suspension une quantité considérable de globes de matière colloïde excessivement visqueuse et gluante. On découvre un kyste multilobé à paroi très mince, sans adhérences, présentant une large déchirure à la face postérieure. L'ovariotomie est pratiquée. La toilette du péritoine est rendue très difficile par le fait que la cavité abdominale, et particulièrement le petit bassin sont remplis de masses colloïdes que l'on doit détacher des organes à l'aide de compresses. Un nombre assez notable de globes colloïdes est répandu au milieu des anses intestinales. La toilette reste incomplète. Pas de drainage.

La tumeur extirpée est un kyste multiloculaire, mucoïde et colloïde.

Mort quatre jours après l'opération d'une péritonite suppurée.

OBSERVATION 14. — GROSS: In th. DUFFNER.

Femme de 51 ans. L'augmentation de volume du ventre remonte à deux ans. Pas de douleurs.

On hésite entre un fibrôme sous péritonéal et un kyste dermoïde en raison de la consistance ferme et sans fluctuation, présentée par la tumeur.

Après laparotomie, il s'écoule de la sérosité mêlée de globules colloïdes. On essaie de ponctionner le kyste, mais le kyste est si épais que l'opération est rendue impossi-

ble. La tumeur est alors extraite; elle est rompue à la face antérieure, en haut et un peu à gauche, et en arrière, en bas. Le pédicule assez long est dirigé vers la droite; toilette soignée du péritoine à l'eau distillée après extirpation de la tumeur. On enlève avec peine, à la compresse, les masses colloïdes épanchées dans la cavité abdominale, dans le petit bassin et entre les anses intestinales. Suture de la paroi sans drainage. Guérison.

Examen de la tumeur. — Elle se compose d'une agglomération de petits kystes colloïdes à parois très minces se déchirant au moindre contact. En arrière et en bas, se trouve un lobe du volume d'une orange contenant une matière grasse et des cheveux. La tumeur avec son contenu pèse 4.700 grammes. L'orifice antérieur est irrégulier, déchiqueté, à bords très minces, du diamètre d'une pièce de 5 francs. Des masses colloïdes y sont engagées et se continuent avec les masses encore contenues dans la tumeur. L'orifice postérieur, plus petit, présente les mêmes caractères.

OBSERVATION 15. — VAUTRIN: In th. DUFFNER.

Femme de 62 ans, opérée pour un kyste de l'ovaire évoluant depuis longtemps déjà, mais qui depuis deux ans avait pris un grand accroissement. Deux semaines avant son entrée à l'hôpital une douleur vive fût ressentie par cette malade au niveau de la tumeur. Cette douleur persista pendant 24 heures. C'est alors que l'abdomen augmenta de volume dans des proportions considérables avec œdème de la paroi et douleurs continues.

A l'intervention on trouve un kyste très adhérent à la paroi, à tous les organes du bassin, à l'S iliaque, au cœcum et aux fosses iliaques. La cavité péritonéale est remplie d'un liquide épais, gluant, agglutinant les anses intestinales, et s'étant répandu en tous les points de la cavité abdominale. Le liquide gélatineux était rassemblé en quantité considérable en arrière de la tumeur et dans les flancs. Il portait en suspension, une multitude de grains de fibrine, concrétée, ressemblant à des grains de riz. Ces petites concrétions, dispersées sur le péritoine pariétal et sur les anses intestinales, le foie, la rate et l'estomac, rendait la toi-

lette d'autant plus difficile que le liquide épanché n'était nullement miscible à l'eau et qu'il ne pouvait imprégner les compresses avec lesquelles on voulut étancher l'abdomen. Par la pression de la tumeur, de nouvelles quantités de liquide s'écoulaient dans le ventre à la faveur d'une déchirure siégeant sur le sommet de la grande poche kystique qui formait le dôme de la tumeur. On vide le kyste par de nombreuses ponctions, et après décortication, on l'enlève.

Fermeture. Drainage par tube de caoutchouc, au-dessous du pédicule kystique fixé dans l'angle inférieur de la plaie.

Mort par péritonite.

OBSERVATION 16. — BAILLY: *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1854, 29^e année, p. 152.

Femme de 18 ans présentant une tumeur dans la fosse iliaque gauche depuis trois ans. Une ponction permet de retirer deux litres de liquide gélatineux. Un mois et demi après, la malade, entre à Necker, avec des symptômes cholériformes. Guérison en huit jours. Une semaine après douleur vive dans le flanc gauche, pouls petit, hoquet, vomissements.

Amélioration puis mort sept jours plus tard. Péritonite généralisée.

L'abdomen contient un litre de liquide analogue au liquide de ponction. Perforation de la partie postérieure du kyste.

OBSERVATION 17. — MAYER: *Charité. Ann. VII. Jahrg.* p. 414. In *Virchow und Hirsch Gabresbericht*, 1882, II.

Rupture d'un kyste muqueux. Dégénérescence myxomateuse du péritoine et surtout de l'épiploon. Ovariectomie. Mort par péritonite.

OBSERVATION 18. — PANAS: *Gazette des Hôpitaux*, 1871, 8 août, p. 374.

46 ans. Opération. Le péritoine contient des masses colloïdes. Le kyste a des parois très friables et présente

plusieurs trous ronds. Péritoine tomenteux. Mort le quatrième jour.

OBSERVATION 19. — PONCET, in th. de LAIR: *De la rupture des kystes de l'ovaire*. Th. Paris 1891, p. 71.

Femme de 57 ans, Tumeur datant de 5 mois. Bon état général. L'abdomen contient du liquide colloïde. La tumeur, du volume d'une tête d'enfant, se compose d'un grand nombre de petits kystes dont quelques-uns sont rompus. Elle est développée aux dépens de l'ovaire droit. L'ovaire gauche transformé en une tumeur plus grosse que le poing, mi-solide, et mi-kystique est enlevé également. Lavage du péritoine. Drainage vaginal. Guérison.

OBSERVATION 20. — PONCET: *In th. de LAIR*. p. 75, 1892.

56 ans. Tumeur de 7 mois. Amaigrissement depuis 2 à 3 mois. Œdème des jambes, le soir.

Opération: le péritoine contient de la matière colloïde. Le kyste dépasse le volume d'une tête d'adulte: il présente de nombreuses déchirures. Le péritoine est recouvert de grumeaux analogues à de petits kystes. En avant des anses intestinales, on trouve un vaste gâteau épais de 1 cm. « semblant être l'épiploon épaissi et infiltré par le néoplasme. » Ce gâteau épiploïque et de nombreuses masses colloïdes sont abandonnés dans l'abdomen en raison des adhérences. Drainage. Guérison. Six semaines après, tumeur périombilicale de 15 cm. de diamètre.

OBSERVATION 21. — SPIEGELBERG: *Ueber, perforation der ovarialkystome indie.Bauchhoehle*. Archiv. für gynaekologie, 1870.

Femme de 39 ans. Tumeur datant d'un an. Ponction exploratrice sur la ligne blanche sans succès. Une ponction de chaque côté, également sans succès. Péritonite consécutive à la ponction. Mort en 5 jours.

Autopsie faite par WALDEYER: l'abdomen contenait un liquide purulent mêlé de masses gélatineuses. Le péritoine pariétal et intestinal était recouvert par une couche de gélatine de près de 1 cm. Tumeur présentant à sa face

antérieure une ouverture arrondie de 10 cm. de diamètre. Il y avait en outre une trentaine d'autres perforations dont les dimensions variaient de celles d'un pois à celles de la paume de la main. Le contenu avait une consistance assez ferme. SPIEGELBERG croit que cette consistance est la cause des ruptures, les pressions ne se répartissant pas aussi régulièrement dans tout le kyste que dans les cas où le liquide est séreux.

OBSERVATION 22. — TERRILLON: *Bulletin de la Société de Chirurgie* 1886, p. 904, séance du 15 décembre. *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*. 1887, p. 112.

58 ans. Tumeur ovarienne volumineuse, datant de plus d'un an. Circonférence abdominale, 1 m. 30. Malade maigre, affaiblie, œdème des jambes. Douleurs abdominales, nausées.

À l'intervention, le péritoine est rempli d'une matière gélatineuse, jaunâtre provenant d'une rupture de la paroi postérieure du kyste. L'époque de la rupture est difficile à déterminer, parce que l'accident ne présentait pas de symptômes notables: les anses intestinales étaient rouges, tomenteuses. L'extraction de la tumeur fut difficile à cause des adhérences et de la friabilité du kyste qui se rompa à tout instant. Ablation de la tumeur par lambeaux. Lavage à grande eau. Guérison.

OBSERVATION 23. — TERRILLON: *Bulletin de thérapeutique*, 1890, t. 118.

56 ans. Opérée le 24 mai 1888 d'un kyste ovarique droit, multiloculaire, gélatineux, rompu dans le ventre depuis plusieurs jours et ayant déterminé des accidents graves. Une grande quantité de liquide gélatineux était greffé sur le fond d'un fibrôme utérin, sur le bord inférieur de l'épiploon et sur la première partie du gros intestin. TERRILLON réséqua l'utérus en fixant le pédicule à la plaie, nettoya le péritoine et réséqua également le bord inférieur de l'épiploon; mais il ne put enlever complètement cette substance adhérente à l'intestin. Ovaire gauche sain.

Guérison. Bientôt on remarqua des bosselures dans la fosse iliaque droite. Le ventre augmenta de volume. Circonférence à l'ombilic, 1 m. 60.

Deuxième opération le 11 juillet 1889: kyste multiloculaire gélatineux de l'ovaire gauche. L'épiploon est transformé en une masse irrégulière pesant 4 kilos et infiltré de matière gélatineuse. Il est lié près de la courbure de l'estomac et réséqué.

La surface antérieure du gros intestin présente une masse du volume du poing, pédiculée, on peut l'enlever en entamant légèrement la paroi intestinale. Guérison.

OBSERVATION 24. — WEST: *In Boinet*.

Ponction, 5 semaines après la naissance du quatrième enfant. On retire 7 pintes de liquide gélatineux, ambré. 19 jours après, étant assise sur son sofa, la malade fut prise subitement d'une violente douleur, d'une grande faiblesse; puis péritonite générale. L'abdomen devint alors deux fois plus volumineux qu'avant la ponction, puis au bout de deux mois, il diminua. On sentit alors dans la fosse iliaque droite, une tumeur qui disparut elle-même au bout de neuf mois.

OBSERVATION 25. — *Observations recueillies dans les tableaux statistiques de gastrostomies pratiquées par PEAN à l'Hôpital Saint-Louis.* (In Leçons de clinique chirurgic.). In th. HADJÈS.

1° Opérée d'un cancer kystique à dégénérescence colloïde. Dégénérescence de l'épiploon et d'une grande partie du feuillet viscéral du péritoine. Mort. La nature de l'intervention n'est pas signalée.

2° Myxôme du côté gauche. Kyste fœtal du côté droit. Par la ponction, on avait retiré à l'Hôtel Dieu quelques grammes de liquide colloïde. Kyste à grandes bosselures; dans l'intérieur, masse colloïde, verdâtre, jaunâtre, foncée. La moitié sus-ombilicale de l'abdomen contient des masses sanguinolentes, grumeleuses, colloïdes, qui nécessitent une toilette très attentive du péritoine. Les intes-

tins, le grêle surtout, sont recouverts de granulations du volume de grains de millet et le péritoine pariétal est couvert de petits kystes digitiformes, colloïdes, atteignant le volume d'un pois. Du côté opposé à ce kyste, on trouve au niveau de l'ovaire droit, un kyste fœtal.

3° Ovariectomie du 3 août 1885.

Femme âgée de 30 ans, 5 enfants. Début reconnu il y a 2 ans. Développement rapide depuis 6 mois. Ascite considérable. Tumeur kystique contenant dans ses loges dix kilogs de matière gélatineuse, colloïde; adhérences multiples épiploïques et mésentériques. Implantation par un large pédicule sur l'ovaire et le ligament large droits. A gauche, autre tumeur d'aspect analogue du volume d'une tête d'adulte implantée sur l'ovaire et le ligament large gauches.

Le 2 octobre 1886, la malade revient à l'hôpital Saint-Louis présentant au niveau de la région ombilicale une masse médiane, diffuse, de consistance squirrheuse, adhérente à la face profonde de la paroi abdominale, et se perdant profondément du côté de l'épigastre. Cette tumeur est manifestement cancéreuse. Mort.

OBSERVATION 26. — *Epithélioma myxoïde des ovaires avec généralisation au péritoine et à la paroi abdominale* par L. HONTANG. (In *Bulletin de la Société anatomique*: séance du 3 juin 1887. *Résumée*: In th. HADJÈS).

Femme de 69 ans. Sans antécédents héréditaires. Depuis 6 mois, la malade commence à avoir des palpitations et de l'oppression, l'obligeant à dormir assise sur son lit. Depuis trois semaines œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. A son entrée à l'hôpital, elle présente des symptômes très accentués d'asystolie.

L'œdème disparaît assez rapidement et dans des proportions notables sous l'influence du régime lacté et de la digitale en macération, mais le ventre restant volumineux et des signes d'épanchement étant constatés, on se décide à pratiquer la ponction. Cependant, on remarque que la sensation de flot est peu nette et que le liquide ne se déplace pas avec les changements de position de la malade. C'est ainsi que le côté droit de l'abdomen

reste toujours mat, même lorsque la malade est couchée sur le côté gauche.

Le 18 mai, la ponction faite à droite, ne donne qu'une petite quantité de liquide gélatineux ressemblant à de la gelée de pomme et qui s'écoule très lentement. On pense qu'on a pénétré dans un kyste de l'ovaire passé inaperçu jusqu'alors, la palpation de l'abdomen étant rendue difficile par l'œdème de la paroi. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement.

Les jours suivants, les symptômes d'asystolie s'accroissent; on reconnaît qu'il s'est développé dans la paroi abdominale au point de la ponction, une tumeur aplatie, bosselée, du volume d'une noix. De plus, on constate la présence d'une tumeur analogue, plus petite, intrapariétale, située au voisinage de la cicatrice ombilicale et qui n'avait pas été vue jusqu'alors. Le développement rapide de ces deux petites tumeurs fait penser qu'on est en présence d'une tumeur maligne des organes du petit bassin avec généralisation à la paroi abdominale.

La malade meurt le 29 mai, des progrès de son asystolie.

Autopsie. — Hypertrophie cardiaque avec dilatation, insuffisance mitrale par dilatation, sans lésions valvulaires.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve la cavité péritonéale remplie d'un liquide gélatiniforme, jaune, semblable à de la gelée de pomme, libre dans la cavité et dont la quantité a pu être évaluée à 5 ou 6 litres. Ce liquide étant évacué, on voit apparaître une tumeur volumineuse partant de la cavité pelvienne et remontant jusqu'au dessous de l'ombilic. Cette tumeur est *arborescente*, formée de masses arrondies, de volume variable, de consistance gélatineuse, tremblotante, de couleur rosée, avec des arborisations vasculaires à sa surface, sans adhérences aux viscères abdominaux.

Les organes pelviens étant enlevés en masse, on reconnaît que l'utérus est sain, mais on ne trouve plus trace des ligaments larges, des ovaires, ni des trompes. Sur les côtés de l'utérus, existent deux masses de consistance plus dure que le reste de la tumeur et qui, à la coupe, paraissent formées d'un stroma circulaire, dur,

fibreux, dont les cavités sont remplies de liquide gélatineux. De ces masses, en partent d'autres plus volumineuses n'ayant plus de stroma fibreux, mais constituées uniquement par une paroi mince renfermant un liquide gélatineux.

L'intestin, un peu rétracté, a sa paroi épaissie, de coloration grise, avec un piqueté noirâtre; pas d'adhérences des anses entre elles.

L'appendice cœcal, est très développé, il a acquis le volume d'une anse d'intestin grêle; il ne communique plus avec le cœcum. Sa cavité est remplie d'un liquide colloïde, assez consistant. A son extrémité inférieure existe une tumeur végétante aréolaire, absolument semblable aux masses situées de l'autre côté de l'utérus.

Le ligament suspenseur du foie, présente entre ses deux feuillets, une infiltration de substance gélatineuse. Quant aux deux tumeurs de la paroi abdominale, elles sont aussi constituées par de la substance gélatineuse.

A première vue, il pouvait sembler que cette tumeur, développée dans le petit bassin autour de l'utérus, et généralisée au péritoine et à la paroi abdominale pouvait être rapprochée de ce que M. PEAN a décrit dans le tome IV de ses cliniques sous le nom de *tumeurs végétantes du péritoine pelvien à forme colloïde ou myxomateuse*.

ROBIN, qui avait examiné ces tumeurs, les considérait comme une hyperplasie de la trame cellulaire du péritoine, plus spécialement au niveau du ligament large, avec hypertrophie correspondante et secondaire du revêtement épithélial qui continue à jouer son rôle physiologique de protection et de sécrétion. Il s'agissait d'un myxôme du ligament large propagé secondairement à l'ovaire.

Pour notre tumeur, l'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma à cellules cylindriques, polykystique. Le stroma de la tumeur est constitué par un tissu fibreux jeune, limitant des aréoles, dont la surface est tapissée de cellules cylindriques, avec un grand nombre de cellules caliciformes. Le liquide gélatineux amorphe renferme un grand nombre de cellules, les unes arrondies, la plupart cylindriques et caliciformes, libres ou réunies en séries, provenant de la desquamation des

cavités kystiques. La présence de ce revêtement de cellules cylindriques dans les kystes, fait penser que le point de départ de la tumeur doit être sur les ovaires et qu'on est en présence d'un épithélioma myxoïde de l'ovaire.

La généralisation a été manifeste, d'abord au niveau de l'appendice coecal où existe une tumeur aréolaire déjà ancienne, ensuite dans le ligament suspenseur du foie et dans la paroi abdominale. Quant au liquide contenu dans le péritoine, il provenait vraisemblablement de la rupture de grosses poches kystiques, analogues à celles qui forment la partie supérieure de la tumeur.

OBSERVATION 27. — *Rupture spontanée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire et épanchement de son contenu dans la cavité péritonéale sans accidents consécutifs. Ovariectomie. Guérison. Observation du D^r BUCKAM. American journal of Obstetrics, 1879, t. XII, p. 326. In th Mme WAITE.*

J'ai remarqué dit le D^r BUCKAM dans « *Transactions of the obstetrical Society of Philadelphia* » (p. 174) à propos du pronostic de la rupture des tumeurs ovariennes, les paroles suivantes: « On admet que le liquide des kystes uniloculaires est en règle générale doux et non irritant... tandis que le contenu, de nature variée des kystes multiloculaires, a été démontré d'être extrêmement âcre et même d'une action corrosive sur l'acier... » Je demande la permission de rappeler, en tant qu'elle se rapporte au sujet qui nous occupe, l'histoire d'une malade que j'ai opérée en février 1876, en présence et avec l'aide des membres de la Société médicale de notre département, l'opération ayant été faite le jour de notre réunion mensuelle.

La malade racontait que trois jours auparavant, en montant dans sa voiture, elle était tombée et qu'elle s'était frappée le côté contre le marche-pied. Elle remarqua immédiatement un changement de position du kyste, et elle conclut à sa rupture.

A l'opération nous avons pu vérifier le fait.

La tumeur, qui pesait 29 livres, était multiloculaire et une partie considérable du contenu du plus grand kyste composé d'une substance colloïde de la consistance de la

gelée, se trouvait libre dans la cavité péritonéale. Le kyste était largement adhérent à la paroi abdominale et aux viscères. Mais les adhérences ont été facilement détruites avec la main sans qu'il y eût besoin d'une dissection. Les parois du kyste étaient épaisses. Leur surface interne présentait l'aspect d'un gâteau de miel; les cloisons étaient minces et se détruisaient facilement sous les doigts. Quant à leur contenu, j'étais obligé de le ramasser avec mes mains et il y en avait la quantité de la moitié d'un seau ordinaire... Après avoir nettoyé la cavité abdominale avec la main, je lavais très soigneusement, l'intestin et les viscères avec de l'eau phéniquée à 99° Fahrenheit. Je fermais ensuite l'incision, qui avait la longueur de 14 cm., par six sutures profondes et cinq superficielles et la réunion s'effectua par première intention. Il n'y a pas eu de péritonite. La malade a fait une bon convalescence, et elle est aujourd'hui forte et bien portante.

J'ajouterai que le doute ne peut exister pour la rupture de la tumeur, car l'orifice était situé immédiatement au-dessous de l'endroit où la peau présentait une ecchymose et où la malade disait avoir reçu le coup, en tombant contre le marche-pied de sa voiture. Cet endroit était éloigné de la ligne d'incision de 7 cm. 5

Comme j'ai déjà rapporté l'observation dans le « *Canada Lancet* » de juin 1876, je n'ai donné ici que les détails que j'ai cru propre à établir les faits suivants à savoir: que la tumeur était multiloculaire et que son contenu n'était ni âcre, ni corrosif, mais qu'au contraire, il était extrêmement doux et non irritant, car s'il en était autrement, comme le liquide avait séjourné dans la cavité abdominale depuis trois jours, il y aurait certainement eu de la péritonite, surtout si on tient compte des manipulations et lavage des viscères et du temps pendant lequel ils étaient exposés à l'action de l'air au moment de l'opération.

OBSERVATION 28. — MALASSEZ et DE SINETY: « *Sur la structure, l'origine et le développement des kystes de l'ovaire.* » *Archives de physiologie*, 1880. In th. Mme WAITE.

La tumeur primitive était un kyste multiloculaire à trois

petites loges et à contenu très épais. Il existait, sur le mésentère et en différents points de la surface péritonéale, de petits mamelons, qui avaient à la coupe l'aspect du cancer colloïde. L'épiploon formait une bande épaisse et volumineuse, d'aspect colloïde, accolée à la grande courbure de l'estomac.

La tumeur primitive n'a pu être examinée au microscope.

Tumeurs du mésentère. — Les tumeurs du mésentère sont constituées par un stroma fibro-saccomateux, au milieu duquel on rencontre quelques masses colloïdes ou faux kystes, un grand nombre de cavités kystiques vraies, et quelques masses épithéliales pleines. Le stroma est formé de lames conjonctives³ minces, et de faisceaux non ondulés, présentant une assez grande quantité de cellules conjonctives; çà et là, on trouve des amas d'éléments embryonnaires. Ce stroma est en continuité avec le tissu conjonctif sous-séreux. Les cavités kystiques vraies sont, en général, peu volumineuses, tapissées par un épithélium presque partout cylindrique, métatypique en certains points. Les masses épithéliales pleines sont assez variées et se présentent principalement sous forme d'amas allongés.

Les faux kystes sont constitués par du tissu colloïde. Ils apparaissent par petits groupes et, en se développant, tendent à se confondre les uns avec les autres, par suite de la destruction des cloisons de séparation; ils produisent ainsi des masses de plus en plus volumineuses. Les néoformations épithéliales, kystiques ou pleines, qui se trouvent dans les régions atteintes par la transformation myxômateuse, résistent quelque temps à l'envahissement, mais finissent à leur tour, par disparaître.

Tumeurs de l'épiploon. — Le tissu de la tumeur épiploïque présente, comme les tumeurs péritonéales, un stroma fibreux et fibro-sarcomateux, des néoformations épithéliales kystiques et carcinomateuses, et enfin de faux kystes produits par des amas de tissu colloïde. La seule différence est dans le développement considérable qu'à pris ce dernier tissu; en sorte qu'il existe de larges espaces, uniquement constitués par lui. Il est remarquable par l'abondance de la substance amorphe et l'extrême

rareté des éléments cellulaires et de fibrilles conjonctives. Beaucoup de cellules de cette espèce de tissu muqueux sont chargées de gouttelettes graisseuses. Enfin des proportions assez considérables de la tumeur, sont en voie de dégénérescence.

OBSERVATION 29. — DUBOURG: In the Mme LAMUGUE :
*Contribution à l'étude de la rupture intra-péritonéale
des kystes de l'ovaire. 1897-1898.*

Femme de 53 ans, aucun antécédent pathologique. Malade depuis deux ans. Son ventre a grossi lentement. Pendant une promenade en voiture, elle ressentit une vive douleur dans l'abdomen. Le lendemain, le ventre est très distendu, douloureux de volume presque double.

A l'opération: le péritoine est complètement inondé d'une matière gélatineuse, poisseuse aux doigts, d'un jaune brunâtre, avec de grands filaments nombreux et disséminés entre toutes les anses intestinales, jusque sous le foie et sous le diaphragme. Grande difficulté pour se débarrasser de toute cette matière colloïde, mais on arrive peu à peu à faire une toilette complète grâce à de larges tampons d'ouate hydrophile, légèrement humectée d'eau bouillie, stérilisée. C'est l'ovaire gauche, complètement kystique et dégénéré qui est le point de départ de la tumeur. Il est enlevé ainsi que la trompe et de nombreux débris de membranes kystiques. Drain inférieur. Fermeture du ventre. Guérison.

OBSERVATION 30. — DUBOURG: In th. Mme LAMUGUE.

Femme de 40 ans. Développement progressif du ventre depuis six mois. On s'arrête à l'idée d'un kyste de l'ovaire gauche à développement rapide et à contenu muqueux.

A l'intervention, on tombe sur un épanchement énorme de matière colloïde, visqueuse, collante aux doigts, épanchée dans tout le péritoine, au milieu des anses intestinales. On s'en débarrasse difficilement avec des compresses d'ouate humide qu'on passe dans tous les points de l'abdomen; du côté de l'ovaire gauche, de nombreux tractus membraneux sont enlevés ainsi que l'ovaire com-

plètement dégénéré et la trompe du même côté. On laisse en place les annexes droites qui sont saines. La matière enlevée, complètement gélatiniforme, pèse 9 kilos.

Toilette soignée du péritoine. Gros drain à la partie inférieure.

La malade, après une réaction péritonéale légère, sort complètement guérie.

OBSERVATION 31. — MUNDÉ: *Transactions of the Obstetrical Society of New-York*, séance du 21 mars 1892. *American journal of Obstetrics*, 1882, t. XV, p. 290.

Femme de 45 ans portant une tumeur abdominale de volume considérable évoluant depuis un an. Tumeur solide. Le diagnostic restait hésitant entre celui d'une tumeur fibro-kystique de l'utérus et celui de kyste multiloculaire, de l'ovaire. Toutefois ce dernier diagnostic satisfaisait mieux l'esprit que le premier.

A l'ouverture du ventre on trouva, libre dans la cavité abdominale, le quart d'un litre de substance colloïde épaisse. L'examen des parois du kyste montra que cette substance avait dû s'échapper depuis quelque temps déjà, par une petite ouverture qui se trouvait sur la partie postérieure d'une des poches de la tumeur. Cette tumeur pesait environ 34 livres. On en pratiqua l'ablation après avoir détruit ses adhérences avec la vessie et l'épiploon. Guérison.

OBSERVATION 32. — HUNTER: *Transaction of the Obstetrical Society of New-York*, séance du 22 décembre 1880.

Tumeur abdominale présentant toutes les apparences d'un kyste de l'ovaire. Phase de disparition de la tumeur et 15 jours plus tard le ventre avait repris ses dimensions primitives. Abdomen de un mètre de circonférence. La tumeur diminue de nouveau, nouvelle phase de disparition.

A l'intervention : kyste à parois assez épaisses, présentant une déchirure de 7 cm. environ dans un point où les parois étaient amincies. La quantité de liquide libre dans la cavité abdominale était d'environ un litre. Le

liquide était épais et de l'espèce qu'on a l'habitude de considérer comme étant à un haut degré, irritante pour le péritoine, mais il n'y avait aucune trace de péritonite. *Guérison.*

La tumeur était un kyste multiloculaire glandulaire de l'ovaire droit.

OBSERVATION 33. — PONCET: In th. de LAIR. *Contribution à l'étude des ruptures intrapéritonéales des kystes de l'ovaire.* Th. Lyon 1891-1892.

Femme de 58 ans. Depuis 5 mois, sans aucune douleur, augmentation du volume du ventre. Deux diagnostics différents sont portés par deux médecins dont l'un pense à une tumeur maligne de l'épiploon, l'autre à un kyste de l'ovaire. Il y a de l'ascite.

A la laparotomie: ascite colloïde paraissant être le fait de la rupture d'une masse kystique dans le péritoine. Cette tumeur, d'aspect myxoïde, dépassant le volume d'une tête d'enfant, est composée d'une agglomération de kystes colloïdes à parois très minces, paraissant de nature maligne, se déchirant très facilement et dont certains mêmes sont rompus. L'ovaire gauche, présente aussi une tumeur kystique à contenu séreux. Le péritoine, irrité par cette matière colloïde, est rouge, villex. Un peu de pus dans l'excavation. Lavage du péritoine à l'eau bouillie, mais évacuation très incomplète de la matière gluante, qui adhère aux intestins, malgré un assèchement aussi complet que possible de la cavité, aux tampons aseptiques. Colpotomie postérieure. Drainage par la voie vaginale. *Guérison.*

OBSERVATION 34: PONCET: In th. de LAIR.

Femme de 56 ans. Depuis 7 mois augmentation du volume du ventre. Aucun antécédent.

A l'opération, on tombe dans une cavité péritonéale remplie de matière colloïde, sirupeuse, jaune verdâtre, et dont les parois sont tapissées de végétations papillaires, si bien que l'on pense au premier abord avoir déjà perforé le kyste: il n'en est rien. On vide le péritoine et

on trouve un kyste volumineux à contenu également colloïde: matière visqueuse, de consistance analogue à celle de la gelée de coing, jaune verdâtre et par places un peu noirâtre, transparente, tremblotante. On en retire une bonne partie avec la main. Les parois du kyste sont ramollies, présentant de nombreuses déchirures. Le kyste est volumineux, d'une contenance de 2 litres environ. On retire de l'abdomen une énorme quantité de matière colloïde analogue à celle du kyste. Le péritoine est recouvert de grumeaux analogues à de petits kystes, semblant indiquer une généralisation de la tumeur à cette séreuse.

A la partie antérieure de l'abdomen, on trouve un vaste gâteau épais d'un centimètre environ, adhérent à l'intestin grêle et semblant être l'épiploon épaissi et envahi. Drainage par la plaie opératoire.

Suite excellentes. La malade sort guérie, mais le pronostic ultérieur est à réserver.

OBSERVATION 35. — A. KOEPPEN: *Zur ruptur der ovarialkystome. Münchener medizinische. Wochenschrift*, 1889, n° 26, p. 250. In thèse FOSSARD.

Femme de 43 ans transportée à l'hôpital pour des accidents abdominaux forts graves: douleur subite dans le ventre, qui ne tarda pas à se ballonner exagérément, température élevée, faciès très altéré, œdème des membres inférieurs, albuminurie.

Une laparotomie est pratiquée d'urgence.

A l'ouverture du ventre, on trouva la cavité péritonéale distendue par un liquide ascitique dans lequel nageait une infinité de masses gélatineuses: au milieu de celles-ci, on tomba sur un lambeau ayant l'aspect d'une poche kystique vidée, à la surface de laquelle adhéraient plusieurs kystes gros comme des têtes d'enfant et remplis de substance colloïde.

Ablation des tumeurs. Toilette du péritoine et fermeture de la paroi. Vers le septième jour, constitution d'une fistule qui laissa échapper plusieurs litres de liquide, sérosité louche, renfermant quelques petites masses colloïdes. Cette fistule se ferme 18 jours après et le trente-septième jours de son opération, la malade sort, guérie, de l'hôpital.

L'examen histologique des pièces extirpées, montra qu'il s'agissait d'un kyste multiloculaire à contenu colloïde dont la poche principale s'était spontanément rompue.

OBSERVATION 36. — POLLOSSON : In th. GOURSOLAS.
« *Du pseudomyxôme du péritoine* ». Th. Lyon 1911.

Femme de 43 ans, souffrant depuis deux ans de son ventre qu'elle a vu augmenter progressivement de volume. Aucun antécédent pathologique à retenir. Il n'y a aucun signe d'ascite, et on pense soit à un fibrôme sous péritonéal pédiculé, soit à une tumeur ovarienne.

A l'intervention, on tombe sur un liquide gélatineux, jaune transparent, gluant, dans lequel baignent des vésicules du volume d'une amande, jaunes, transparentes, paraissant homogènes, sans paroi propre. On procède à l'évacuation de 8 à 10 litres de ce liquide; pendant la toilette du cul de sac de Douglas, on ramène une masse, qui cède immédiatement, et qui se confond avec le reste de la gelée jaunâtre qui emplit le péritoine. Pas de paroi kystique visible. De temps en temps, on a de la peine à démêler avec les mains une fine trame jaunâtre qui s'allonge, comme du vermicelle cuit. Les anses intestinales sont agglutinées et tapissées par cette trame fibrillaire gluante.

L'ovaire gauche contenait une petite masse kystique du volume du pouce, qui se rompit pendant l'intervention. L'ovaire droit et l'utérus sont normaux. Ovariectomie gauche. Fermeture sans drainage. Suites opératoires excellentes pendant un an.

Récidive de l'ascite gélatineuse avec ventre énorme.

Malade morte de cachexie.

L'examen histologique des pièces démontra que l'ovaire gauche était constitué par de nombreux petits kystes avec cellules de revêtement cylindriques d'aspect caliciforme avec noyau basal et dans leur calice une matière ayant pris fortement l'éosine et qui n'est autre que le produit de sécrétion. Le péritoine est recouvert de grumeaux analogues à de petits kystes qui semblent indiquer une généralisation de la tumeur à la séreuse. L'épiploon épaissi et paraissant envahi n'est pas réséqué,

OBSERVATION. — CHAVANNAZ : In th. DREYFUS. *Les tumeurs malignes de l'ovaire*. Th. Paris 1907.

Femme de 42 ans. Augmentation rapide du volume de l'abdomen sans trouble fonctionnel.

Après ouverture du péritoine, on découvre un liquide colloïde gluant, abondant, ne mouillant pas, ne s'écoulant pas. La quantité peut être évaluée à environ 7 litres. Les annexes droites sont seules modifiées. L'ovaire droit est remplacé par une tumeur trilobée, en forme de trèfle, rosée, mollassée, effilochée, qui, plongée dans l'eau, apparaît finement frangée.

Extirpation. Drainage. Guérison persistante depuis un an.

Histologie. — La tumeur est constituée par un ensemble de végétation formées par du tissu conjonctif, muqueux très lâche, creusé de cavités irrégulières contenant des exsudats granuleux, mucoïdes, traversées par de nombreux vaisseaux sanguins. Toutes ces végétations sont dentelées, très minces, revêtues par une assise de cellules cylindriques caliciformes et entourées par un exsudat sécrété par elles, de mucus granuleux analogue à celui que nous avons décrit dans les espaces mucoïdes de la tumeur.

Le diagnostic porté fut celui de myxoépithéliome de l'ovaire avec ascite gélatineuse.

OBSERVATION 38. — POLLOSSON : In th. GOURSOLAS.

Femme de 56 ans, opérée une première fois, le 7 février 1905, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire, compliqué d'inflammation kystique avec torsion pédiculaire. Le début de l'affection semble remonter à une huitaine d'années.

À l'intervention, on trouve un kyste de l'ovaire mucoïde, localisé à droite. C'est un kyste uniloculaire, à contenu gélatineux très épais, ne s'écoulant pas, et dont le pédicule s'était rompu. Les annexes gauches sont normales. Guérison.

En octobre 1911, cette malade revient consulter, parce que depuis 5 à 6 mois, son ventre a grossi progressive-

ment. L'abdomen, volumineux contient une masse dure et résistante; la matité ne se déplace plus avec les changements de position.

A la seconde opération, 5 ou 6 litres de masses gélatineuses, analogues à la gelée de pomme cuite, s'écoulent de l'abdomen. Les intestins sont recouverts par cette gelée adhérente. Le péritoine est épaissi. On ramène du pelvis, une masse kystique grosse comme une tête d'adulte: c'est un kyste de l'ovaire gauche rompu en plusieurs endroits. La rupture est antérieure à l'intervention, aucune manœuvre violente n'ayant été faite pour son extirpation.

Toilette du péritoine dont on retire 15 à 20 litres de masses gélatineuses. Nodules jaunâtres paraissant être des noyaux de généralisation au niveau des hernies de l'ancienne cicatrice abdominale. Dans les jours qui suivent, une fistule par où s'écoule du liquide gélatineux, s'établit. Puis elle se tarit. Guérison.

OBSERVATION 39. — POLLOSSON : In th. GOURSOLAS.

Femme de 55 ans. Depuis 7 mois son ventre a augmenté de volume, sans aucun trouble fonctionnel.

A l'intervention, on trouve une ascite gélatineuse avec péritoine épaissi. Il existe deux tumeurs ovariennes. Celle de gauche, élevée du volume de deux têtes d'adulte, celle de droite, est dans le Douglas, grosse comme une tête d'adulte. Ces deux masses sont formées de vésicules remplies de matière colloïde gélatineuse. Ces vésicules se rompent une à une, sous la moindre pression, et déversent leur contenu, dans le péritoine. Des noyaux, sont disséminés sur le fond utérin, dans le grand épiploon, sur l'épiploon gastro-colique.

Récidive et mort dans la cachexie.

OBSERVATION 40. — PATEL : In th. GOURSOLAS.

Femme de 69 ans, aucun antécédent pathologique. Anurie complète depuis 4 jours. Diagnostic: tumeur de l'ovaire comprimant les uretères.

Intervention d'urgence le 24 mars 1911; liquide épais, gélatineux s'écoulant à l'ouverture du ventre. Tumeur

énorme, molle, de l'ovaire gauche. Extirpation, on retire du Douglas à la main, une gelée épaisse. Le péritoine apparaît rouge et dépoli. Guérison.

Examen de la tumeur. — Elle pesait 3 k. 500. On peut évaluer à plus d'un litre la quantité de liquide gélatineux évacué au cours de l'intervention. La tumeur est composée d'une partie kystique renfermant à son intérieur le même liquide épais, trouvé dans le péritoine, et surtout de parties moitié solides, moitié liquides.

Aspect macroscopique: cysto-épithéliome de l'ovaire.

Il ne fut pas fait d'examen histologique.

Pendant 6 mois, l'état de la malade est excellent. En novembre 1911, le ventre a de nouveau augmenté de volume: on dirait une ascite constituée par de la gélatine. Les masses gélatineuses intra-péritonéales ont récidivé.

OBSERVATION 41. — PATEL : In th. GOURSOLAS.

Femme de 45 ans entrant à l'hôpital parce que son ventre a grossi considérablement.

A l'intervention, on tombe sur une masse visqueuse formant une colle épaisse, ressemblant à de la colle de poisson. Elle remplit tous les coins et recoins de la cavité péritonéale depuis le pelvis jusqu'au diaphragme; on en retire 20 kilogs. Il est impossible de pratiquer l'assèchement complet de la séreuse péritonéale. On enlève un kyste mucoïde des deux ovaires. Double Mickulicz. Pendant 48 heures, écoulement considérable de liquide. Suites immédiates simples. La malade est perdue de vue.

OBSERVATION 42. — BOURSIER: In th. FOSSARD. « *Ruptures des kystes de l'ovaire.* » Th. Paris 1901.

Femme de 55 ans, opérée il y a six ans d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, se fait hospitaliser parce que son ventre a augmenté de volume depuis deux mois. On pense à une maladie gélatineuse du péritoine.

A l'ouverture de l'abdomen, on vit sortir une quantité considérable de substance gélatineuse, colloïde, pâteuse,

de coloration jaune ambrée, absolument transparente. Cette masse remplissait le petit bassin et la fosse iliaque gauche. Ablation assez difficile, car elle n'était pas assez liquide pour s'écouler naturellement. On fut obligé de l'enlever à pleines mains au moins pour la majeure partie (au minimum 2 litres). Toilette du péritoine aussi parfaite que possible vu l'adhérence et la viscosité de cette gelée. Dans la moitié gauche du bassin, kyste de l'ovaire du volume d'une tête de fœtus, à parois minces et qui portait une déchirure de la dimension d'une pièce de cinq francs.

Histologiquement, c'était un cysto-épithéliome mucoïde de l'ovaire. Ce kyste présentait tous les caractères d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. Péritoine un peu vascularisé, comme chagriné. Guérison.

Le liquide contenu dans la cavité non ouverte de la tumeur, était absolument semblable à celui qui était épanché dans la cavité abdominale. L'analyse chimique qu'en a faite le D^r BARTHE a démontré que la matière épanchée dans le ventre présentait tous les caractères ordinaires des liquides ovariens.

OBSERVATION 43. — POTHERAT: In th. CHEVILLOTTE. *Contribution à l'étude de la rupture spontanée des tumeurs liquides de l'ovaire*. Th. Paris 1907.

Femme de 61 ans, sans antécédent pathologique. A été prise 7 mois auparavant d'une douleur abdominale brusque, violente, avec vomissements et diarrhée assez abondante, sans avoir éprouvé, le plus léger malaise jusqu'à cette date. Son ventre se développe alors progressivement, en même temps que l'état général décline de plus en plus. L'abdomen est très tendu, avec une sensation de flot indéniable, quoique peu nette. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire de mauvaise nature avec ascite.

Intervention: Le péritoine incisé, issue brusque d'un flot de liquide citrin, que suivit bientôt un autre flot de substance gélatineuse colloïde; cette substance analogue à de la gelée de pomme, était répandue dans le ventre et s'était insinuée entre les anses intestinales et autour des viscères. Elle était comme greffée en plusieurs points à

l'épiploon. Cette matière, à l'aide de la main disposée en cuiller ou en s'aidant de compresses aseptiques, fut enlevée non sans difficulté, le plus complètement possible, mais il serait difficile d'affirmer qu'elle le fût en totalité. Elle remplissait plus de deux cuvettes. Il existait une masse énorme informe, ayant son attache au ligament large gauche qui put, non sans difficulté, être libérée d'adhérences, pédiculisée et réséquée, et qui se présenta alors sous l'aspect d'un kyste ovarien colloïde multiloculaire, avec une portion encore bourrée de nombreux kystes mucoïdes et une partie flasque qui n'était autre que la portion qui, par rupture, avait déversé la matière colloïde ci-dessus décrite. Le grand épiploon, tout imprégné de cette matière, est réséqué sur une grande étendue. Fermeture du ventre, un gros drain dans le Douglas.

Mort de la malade 16 jours après l'intervention, qui n'avait pu arrêter les progrès de la déchéance organique déjà très avancée quand cette malade s'était présentée à l'hôpital.

OBSERVATION 44. — POTHERAT: In th CHEVILLOTTE.

Femme de 69 ans. Développement rapide du ventre depuis quelques mois. Mauvais état général s'aggravant de jour en jour. On porte le diagnostic de kyste multiloculaire de l'ovaire avec adhérences péri-kystiques. Trois jours avant l'opération, la malade accuse des douleurs violentes, avec nausées, vomissements bilieux. Le ventre paraît plus « étalé », la tumeur est moins nettement perceptible.

A l'ouverture du ventre, les anses intestinales baignent dans une matière jaune, visqueuse, gélatineuse, qui n'est autre que la matière mucoïde, analogue à celle que l'on observe dans les kystes multiloculaire prolifères. On trouve, en effet, un kyste de cette nature venu de l'ovaire gauche, et qui remplit le petit bassin et une partie du bas-ventre, formé de masses multiples adhérentes partout, mais se laissant toutefois assez facilement décoller. Une grande poche est toute déchirée et son contenu mucoïde se répand partout. C'est ce contenu qui s'est déversé au

milieu des anses intestinales et les unit dans une gangue que, malgré tous les efforts déployés, on n'arrive pas à enlever complètement. Fermeture, Drainage du Douglas.

Mort 12 jours après l'intervention, sans aucun phénomène péritonéal.

OBSERVATION 45. — POTHERAT: In th. CHEVILLOTTE.

Femme de 41 ans, augmentation de l'abdomen depuis un mois environ. Etat général assez compromis. Elle fit en novembre 1906 un syndrome douloureux de la fosse iliaque gauche pour lequel le diagnostic d'occlusion intestinale fut porté. Son ventre, qui était gros à ce moment, diminua sensiblement de volume puis reprit ses dimensions normales.

L'examen amène au diagnostic de kyste ovarique de mauvaise nature avec légère ascite concomitante et possibilité de rupture d'une poche kystique.

A l'incision du péritoine, il s'écoule un liquide ascitique en quantité assez notable. On tombe aussitôt, à droite, sur une poche fluctuante dont la ponction ne laisse écouler aucun liquide; mais, par l'orifice d'entrée du trocart, sort un liquide sirupeux, très épais, noirâtre, gélatineux. Il s'agit d'un kyste gélatineux de l'ovaire droit deux fois tordu sur son pédicule et de la grosseur d'une tête de fœtus. On en fait l'ablation. Dans la cavité abdominale apparaît alors une matière gélatineuse en assez grande abondance répandue dans l'excavation pelvienne.

Elle est difficilement évacuée. Sur l'ovaire gauche est appendue une tumeur végétante, polikystique de même volume que la précédente, mais dont une grande poche rompue, laisse écouler de la matière mucoïde et végétale librement. Cette tumeur adhérente de toutes parts est assez facilement décollée et enlevée au thermocautère. Toilette soignée du péritoine.

Drainage du Douglas, Suture de la paroi en 3 plans.

Les suites opératoires ont été bonnes, mais la malade, très affaiblie, présente un degré de déchéance organique tel qu'il est impossible de porter un pronostic favorable.

OBSERVATION 46. — LEJARS : *Semaine médicale* du 11 décembre 1912.

Enorme kyste de l'ovaire chez une femme d'une trentaine d'années, absolument cachectique et que plusieurs chirurgiens avaient refusé d'opérer. Le ventre est rempli de masses gélatineuses, jaunâtres, qui continuaient de s'éliminer par une perforation du kyste multiloculaire; ce kyste, de dimensions monstrueuses, était heureusement sans adhérence; il fut extirpé rapidement et la cavité abdominale détergée à la main et aux compresses, du contenu gluant qui imprégnait le péritoine pariétal et les viscéres. Contre toute attente, la guérison fut relativement simple, complète et durable.

OBSERVATION 47. — FRANCKEL, cité par LEJARS : *Semaine médicale* du 11 décembre 1912.

Femme de 49 ans. Laparotomie 3 ans et demi auparavant. Depuis un an et demi, augmentation nouvelle de son ventre. Devant l'utérus, on trouvait une tumeur qui soulevait la paroi et qui présentait une consistance neigeuse. On intervint et on évacua 16 livres d'un liquide épais, myxomateux, contenu dans une sorte de poche, du reste rompue, qui se prolongeait vers la racine du mésentère. Les deux ovaires manquaient, et avaient été enlevés au cours de la première opération.

Après trois mois d'amélioration, le ventre se distend de nouveau, l'état général redevient précaire et à une troisième laparotomie, on découvre une nouvelle masse kystique, comme une tête d'enfant, adhérente à l'intestin et qui en deux points a perforé le colon transverse. Malgré la réunion de l'intestin, une fissure stercorale se produit et persiste; des masses gélatineuses continuent à s'évacuer par la plaie non réunie et finalement, au bout d'un an, la malade succombe. L'examen histologique avait montré qu'on avait affaire à des métastases néoplasiques.

OBSERVATION 48. — Th. W. EDEN : *Lancet*, 30 novembre 1912.

Malade opérée d'un «-pseudomyxôme péritonéal » par

rupture d'un kyste mucoïde de l'ovaire, chez laquelle on trouva également l'appendice dilaté et rempli d'un contenu mucoïde.

OBSERVATION 49. — DIEULAFÉ : In th. VILLIET. *Ascite gélatineuse et kystes de l'ovaire*. Th. de Toulouse 1922.

Femme de 59 ans, aucun antécédent pathologique. Troubles digestifs depuis 2 ans. En même temps, augmentation de volume de son ventre. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire avec ascite.

A l'intervention, on trouve un abdomen rempli de masses gélatineuses de couleur ambrée. Kyste de l'ovaire de volume moyen, plongeant dans le pelvis, adhérent à l'épiploon et à l'intestin. L'appendice est normal. Le kyste est enlevé, les masses gélatineuses évacuées. Pas de drainage. Guérison. Légère ascite persistante.

Le kyste à parois épaisses est dermoïde: sébum et cheveux.

OBSERVATION 50. — DIEULAFÉ : In th. VILLIET.

Femme de 50 ans, opérée pour un kyste de l'ovaire avec ascite.

A l'intervention : irruption d'une abondante quantité de matière gélatineuse, de couleur ambrée, de consistance grenue, molle et élastique, tremblotante comme la gélatine des os et des cartilages. Deux gros kystes adhérents sont enlevés. L'appendice est normal. Les masses gélatineuses sont difficiles à enlever, elles se sont répandues partout entre les anses intestinales. Suture et drainage. Survie de deux ans. La malade serait morte de troubles cardiaques.

OBSERVATION 51. — MERIEL et LEFEBVRE: *Toulouse médical*, 1^{er} juin 1922, p. 438.

Malade de 50 ans, chez laquelle on trouva une ascite gélatineuse par rupture d'un kyste colloïde de l'ovaire. A l'intervention, la matière gélatineuse était très abondante: elle remplissait deux grands seaux. A côté de cela, on trouva un kyste de l'ovaire gauche déchiré dont le contenu était gélatineux.

OBSERVATION 52. — M. OTTO : *Centrälblatt für Gynäkologie*, n° 37, 1928, p. 425. *Société d'aide à la natalité de Hambourg*, séance du 26 avril 1928.

Femme de 56 ans, admise dans un état de cachexie extrêmement prononcé avec le diagnostic de cirrhose du foie. Souffre depuis deux ans d'anorexie, de vomissements et de gonflement progressif du ventre. Ménopause depuis deux ans; auparavant régulièrement réglée. Pas de grossesse.

Ascite abondante. Vibrations très nettes. Circonférence abdominale 120 cm. Dyspnée.

Dans le Douglas, tumeurs kystiques flasques qui repoussent en avant l'utérus, de dimensions normales. Pour soulager la malade, ponction abdominale sans résultat à deux reprises. Avec un très gros trocart, on parvient à retirer quelques centimètres cubes de gelée visqueuse que l'analyse indique comme étant composée de pseudomucine pure. Le toucher fait porter le diagnostic de pseudomyxôme péritonéal d'origine ovarienne.

L'opération permet d'extraire une quantité formidable de gelée si dense, qu'on pourrait la couper au couteau (15 kilogs environ). Il ne fut pas possible d'évacuer toutes ces masses gélatineuses, car la pseudomucine adhérerait fortement au péritoine viscéral et pariétal. L'origine de ces masses gélatineuses était deux kystes bilatéraux des ovaires, de la grosseur d'un poing, qui s'étaient étendus profondément dans le Douglas et qui vers le haut, avaient éclaté dans la cavité abdominale. Complète extirpation des tumeurs en rapport avec le corps de l'utérus.

Histologiquement, il s'agissait d'un simple kyste à pseudomucine avec forte production de matière gélatineuse. Des biopsies du péritoine, épaissi comme une couenne, montrèrent l'aspect de péritonite par corps étranger : tissu granuleux, avec infiltration cellulaire et inclusion massive de foyers de pseudomucine.

Excellentes suites opératoires. La malade augmente de 10 kilogs en trois mois. Circonférence abdominale de 85 cm. au lieu de 90 cm., au jour de la sortie de l'hôpital. Il semble que le péritoine soit donc débarrassé de cette production de masses gélatineuses. Le pronostic n'est donc pas très réservé pour l'instant bien que la durée de l'amélioration soit dans ces cas assez réduite.

OBSERVATION 53. — M. OTTO (Ibid.).

Femme âgée de 59 ans à périmètre abdominal important, mais sans autre anamnèse. Le diagnostic clinique était « tumeur ovarienne ».

La laparotomie montre un « ventre gélatineux », une tumeur pseudomyxomateuse de l'ovaire droit ; à gauche, un ovaire normal ou d'apparence saine et un appendice boursoufflé, atrésié, à sa base, ouvert à sa pointe d'où sortaient des masses pseudomucineuses. On supprima les deux ovaires, l'appendice, et aujourd'hui, un an presque après l'opération, il n'y a pas de récurrence.

OBSERVATION 54. — D^r SOUPAULT: *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, séance du 6 juin 1928, n° 20, 16 juin 1928, p. 830.

In-extenso.

Une dame de 67 ans est vue le 1^{er} 6 mai 1925, se plaignant d'une augmentation progressive des dimensions de son abdomen, accompagnée de quelques troubles digestifs ; crises de diarrhée et « indigestion » suivies de vomissements.

Au moment de l'examen, on constate que l'abdomen est volumineux, un peu étalé, sans circulation veineuse collatérale. On sent une masse arrondie, régulière, qui remonte jusqu'à l'ombilic ; en outre, matité dans les flancs et sensation nette au palper, de flot transmis. Au toucher vaginal, on retrouve sur le côté gauche de l'utérus la masse abdominale.

La malade raconte que six semaines auparavant, en soulevant un objet lourd, elle avait ressenti une douleur dans le ventre, suivie de coliques pendant quelques heures.

L'opération fut faite le 21 mai 1925. Incision médiane sous-ombilicale : dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule une grande quantité de liquide gélatineux, translucide, de teinte jaune ambrée qui remplit la cavité péritonéale. On extrait ce liquide à deux mains et on en remplit un baquet. Dans le petit bassin, on trouve une masse kystique multiloculaire, développée aux dépens de l'ovaire. Cette masse est formée d'un gros kyste (volume d'une tête fœtale) et de plusieurs autres plus petits, dont cer-

tains sont rompus et aplatis. On fait la castration à gauche. Assèchement aussi complet que possible du péritoine. Réunion de la paroi sans drainage.

Guérison sans complication. La malade est revue guérie deux ans et demi après l'opération.

L'examen histologique de la paroi du kyste ovarien gauche montre qu'il s'agit d'un kyste « mucoïde » banal; le revêtement est formé par de hautes cellules cylindriques contenant des boules de mucus.

OBSERVATION 55. — D^r HERTZ: *Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, séance du 6 juin 1928, n° 20, 16 juin 1928, p. 830.

In extenso.

Une femme de 55 ans, qui présente les signes cliniques d'une ascite abondante et une hernie inguinale droite, demande à être opérée de cette hernie. Comme l'état général est bon et que le taux de l'urée sanguine est de 0 gr. 40, M. HERTZ accepte d'opérer la hernie.

L'opération a lieu le 19 octobre 1925. Cure de la hernie inguinale droite. En ouvrant le sac herniaire, on voit s'écouler un flot de liquide gélatineux et visqueux. On explore sommairement la cavité péritonéale par le sac herniaire, et l'on sent au palper une série de poches de consistance kystique, qui remplissent le petit bassin. On s'en tient à cette exploration et l'on répare la paroi abdominale. Guérison opératoire.

La malade maigrit et le ventre continue à augmenter de volume. Les signes cliniques de l'ascite sont toujours très nets. Il n'y a pas de circulation collatérale. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement précis. On opère de nouveau le 3 mars 1926, soit cinq mois environ après la première opération. Incision médiane sous ombilicale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule huit à dix litres de liquide gélatineux ressemblant à une solution de colle forte de couleur ambrée. Après évacuation de ce liquide, on constate que le pelvis est rempli de poches contenant le même liquide gélatineux. Ces poches semblent développées aux dépens des annexes droites. Mais on ne peut rien cliver nettement et l'état de la malade ne

permet pas de prolonger l'opération. On termine l'opération en plaçant un petit Mickulicz.

L'état de la malade s'améliore, mais il persiste un écoulement de liquide gélatineux par la plaie opératoire drainée. Nouvelle opération le 17 mars 1926. Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. On ne trouve plus qu'une faible quantité de liquide gélatineux dans le péritoine. On arrive à isoler une grappe de formations kystiques du volume du poing, développées aux dépens des annexes droites. On termine rapidement l'opération, car l'état général de la malade est précaire.

Le huitième jour de l'opération, la malade est apyrétique; elle semblait devoir guérir lorsqu'elle est emportée le dixième jour par une pneumonie.

L'examen des cavités kystiques retirées lors de l'intervention, montre qu'elles sont formées par des poches revêtues d'un épithélium cylindrique, haut, contenant des boules de mucus. C'est tout à fait l'aspect du revêtement des kystes, dits mucoïdes, de l'ovaire.

OBSERVATION 56. — *Due à l'obligeance de notre Maître, M. le Professeur FERRARI.*

Le 5 septembre 1928, nous recevons dans la salle Bichat, la nommée MILOUDI SEBHEIA BENT AISSA, âgée de 55 ans, demeurant à Alger, rue Rheïr-Eddin, n° 2, évacuée de la salle Maillot avec le diagnostic de kyste à l'ovaire.

Cette malade entrée le 3 septembre 1928 à l'hôpital, avec le diagnostic d'ascite, avait éprouvé deux mois auparavant, chez elle, des douleurs vives dans l'abdomen, sans localisation précise et survenues brusquement. Dans la suite, elle vit son ventre augmenter progressivement de volume, en même temps qu'une constipation opiniâtre s'installait. Ses forces déclinant de plus en plus l'obligèrent à interrompre son travail et à se faire hospitaliser.

A l'interrogatoire de la malade, nous apprenons qu'elle a été mariée jeune, qu'elle a actuellement un fils âgé de 25 ans bien portant, et qu'elle a eu trois autres grossesses terminées, l'une par une fausse-couche, et les deux autres menées jusqu'au terme mais suivies de la mort de l'enfant quelques jours plus tard. Par ailleurs, la malade n'accuse aucun trouble; ses règles ont toujours été régu-

lières. Avant sa maladie actuelle, elle ne se plaignait jamais du ventre.

A l'examen: malade très amaigrie, dans un état de débilité marquée, hypotendue (11-6 au Pachon)), avec un poulx à 80, petit, dépressible.

L'abdomen est volumineux, uniformément distendu avec un ombilic saillant et une circulation collatérale complémentaire. Pas d'œdème de la paroi.

La paroi abdominale n'est pas étalée comme dans l'ascite; ce n'est pas non plus le ventre en obusier du kyste de l'ovaire.

A la percussion, il y a une matité absolue aussi bien en avant que sur les côtés dans toute la portion sous ombilicale de l'abdomen matité également dans les flancs et jusque dans les fosses lombaires.

Seul le creux épigastrique révèle une certaine sonorité, les changements de position n'impriment aucune modification à la matité. On note également la sensation de flot.

La palpation ne donne pas l'impression d'un contenu nettement liquide comme dans l'ascite simple. La paroi est souple dans tous ses points, non douloureuse mais ne permet pas de délimiter les contours d'une tumeur abdominale; et cependant, en certain points, et notamment dans la zone sous-ombilicale, et plus particulièrement à droite, la main perçoit comme des masses consistantes, irrégulières.

Rien au toucher rectal Le toucher vaginal fait sentir un col petit, un utérus mobile pour qu'il soit possible d'isoler le corps. Les culs-de-sac sont souples. Foie et rate imperceptibles. Rien aux autres appareils. Cœur et poumons normaux. Pas de stigmates de syphilis. Wassermann et Hecht négatifs. Légère température vespérale entre 37° 6 et 38° 2. A quel diagnostic nous arrêter? Le diagnostic d'entrée de la malade à l'hôpital (*ascite*), laissait pour le moins la cause dans l'obscurité. De plus, l'ascite ne semblait pas libre. On pouvait plutôt parler d'*ascite cloisonnée peut-être de nature tuberculeuse*, en raison de l'état subfébrile et du mauvais état général de la malade.

Quant au diagnostic d'évacuation en chirurgie de la malade (kyste de l'ovaire), s'il était exact, il ne pouvait s'agir, à notre avis que d'un *kyste végétant de l'ovaire*

avec envahissement secondaire du péritoine. Les douleurs accusées par la malade deux mois auparavant pouvaient faire penser soit à des accidents de torsion d'un kyste pédiculé, soit à sa rupture.

Nous ne nous sommes pas arrêtés suffisamment sur cet épisode (sûrement à tort) parce que pour la torsion d'un kyste les accidents nous paraissaient trop éloignés de l'état actuel de la malade et pour la rupture, le tableau clinique n'avait pas à notre avis été assez violent, la maladie ayant continué son travail jusqu'au moment de son hospitalisation.

Nous avons agité un instant la question de la *maladie hydatique du péritoine*, les douleurs présentées par la malade ayant pu marquer la rupture d'un kyste du foie ou de la rate.

Mais le Weinberg et l'intra-dermo-réaction de Casoni furent négatifs.

C'est ainsi qu'en définitive, hésitant entre l'existence d'une bacilllose péritonéale avec ascite cloisonnée et celle d'un *kyste végétant de l'ovaire*, avec envahissement secondaire du péritoine, penchant cependant plutôt en faveur de ce dernier, nous décidions l'intervention chirurgicale.

Opération le 25 septembre 1928 (avec M. CHEVAUX interne du service).

Anesthésie générale à l'éther. A l'ouverture de l'abdomen issue, sous pression, d'une matière épaisse, analogue à de la glu, de couleur jaunâtre, trop épaisse pour passer dans l'aspirateur électrique. Nous agrandissons alors l'incision de laparotomie et à l'aide de grandes compresses nous évacuons cette gelée.

Nous en retirons ainsi 7 kilogs. Dans la fosse iliaque droite, et dans la fosse lombaire se trouve une masse plus consistante, mais de même aspect gélatineux. On la comparerait volontiers à une sorte de môle hydatiforme, dont les vésicules flétries, de coloration jaunâtre, sont reliées entre elles par des tractus fibreux extrêmement ramifiés. Cette masse remplit toute la fosse iliaque droite, le petit bassin, masquant ainsi l'utérus, la vessie et le rectum. La masse intestinale grêle est refoulée, aplatie contre la paroi abdominale postérieure et à gauche. Nous ne l'avons aperçue qu'après avoir asséché la cavité abdominale de toute la masse gélatineuse libre.

L'appendice est normal. Nous entreprenons alors la libération de cette masse gélatineuse. Ce n'est pas aisé. Elle est très adhérente en arrière dans la fosse iliaque interne. Après différentes tentatives, pour trouver un plan de clivage nous nous apercevons que nous avons décollé le péritoine pariétal postérieur. Nous nous portons alors du côté gauche, où après avoir enlevé encore une bonne quantité de gelée, nous découvrons les annexes gauches. L'ovaire est fibro-kystique, la trompe est saine en apparence. Nous pouvons ainsi arriver à pêcher l'utérus noyé dans la même gelée, petit, très mobile, et c'est à ce moment que nous pouvons nous rendre compte que toute cette masse compacte fibro-gélatineuse est attenante au bord droit de l'utérus et occupe la place du ligament large droit.

Nous pratiquons l'hystérectomie subtotale de gauche à droite qui nous permet de dégager toute la masse.

L'opération terminée, il reste dans toute la portion postérieure et droite du petit bassin et jusque dans la partie basse de la fosse iliaque, une large surface dépéritonisée et qui saigne en nappe. Nous ne pouvons moins faire que de la tamponner avec un grand Mickulicz. Fermeture du reste de la paroi en un plan, aux fils métalliques.

Examen de la pièce enlevée. — Elle est constituée par le corps utérin normal, l'ovaire gauche scléro-kystique, et la trompe gauche normale. Le ligament large droit est remplacé par cette fausse môle hydatiforme qui pèse plus d'un kilog et est représenté par des tractus fibrineux, ramifiés considérablement et auxquels est appendue la substance gélatineuse, sous forme de masse de gelée ressemblant à autant de vésicules flétries de coloration jaunâtre.

Dans cette masse, il est impossible de retrouver un vestige quelconque de l'ovaire droit. Nous parvenons à isoler la trompe sous forme d'un tube considérablement allongé au point de mesurer 20 centimètres de longueur. Cette trompe très étirée est reconnaissable à son point d'attache au niveau de la corne utérine droite et à son pavillon muni de ses franges au milieu desquelles on voit l'ostium abdominal; on peut même y introduire facile-

ment un hystéromètre et le pousser dans toute la longueur de la trompe dont la lumière semble élargie.

Examen de M. le Prof. Poujol. — La petite masse dont les coupes sont remises pour l'examen histologique est une parcelle de kystome ovarien. La plus grande partie dépend du stroma tumoral; elle est formée d'un tissu conjonctif lâche et fortement oedémateux logeant des vaisseaux de tous ordres, artérioles, veinules à forte musculature, capillaires, et des faisceaux musculaires lisses isolés, certains très puissants. En bordure on trouve en plusieurs points le revêtement épithélial des cavités kystiques entre lesquelles s'interposait la partie prélevée. Il est formé d'une rangée unique de hautes cellules cylindriques dont le noyau allongé et riche en chromatine, occupe la partie basale, tandis que la partie apicale est claire et bourrée de mucus. La rangée épithéliale tapisse de multiples dépressions en doigt de gant, larges et peu profondes, juxtaposées et séparées par des éperons. C'est l'image qu'offrent les kystomes glandulaires, histologiquement bénins auxquels il convient de rattacher la présente tumeur.

(23-1-29).

Suites opératoires. — Immédiatement après l'opération, la malade était dans un état de shock très marqué. Injections intra-veineuses de sérum artificiel (500 cmc.), sérum glucosé intra-rectal, huile camphrée, etc... L'état de shock disparaît dans la soirée.

Le lendemain, 26 septembre, la malade est encore faible. Le pansement est traversé par un liquide jaune citrin.

Dans les jours qui suivent, l'état général de la malade s'améliora progressivement. Le Mickulicz fût définitivement retiré le dixième jour. Mais le pansement est toujours souillé de liquide.

La Sœur du service ayant attiré notre attention sur ce point, nous avons pu nous rendre compte qu'il s'agissait d'une fistule urinaire, sans aucun doute une fistule urétérale, due à la blessure de l'uretère droit au moment des manœuvres de libération de la tumeur ovarienne.

Malgré cela, l'état général de la malade continua à s'améliorer et contre notre volonté, elle quitta l'hôpital. Nous avons pu avoir de ses nouvelles chez elle, rue Rheir-Eddin, n° 2, jusqu'au 15 novembre 1928.

Depuis cette époque, elle a quitté Alger, pour se rendre dans le département de Constantine, où se trouve un Marabout qui guérit paraît-il, les fistules urinaires.

OBSERVATION 57. — *Due à l'obligeance de M. le Docteur VERGOZ.*

Mme G..., âgée de 64 ans entre à l'hôpital avec le diagnostic d'ascite.

Le début de l'affection remonte au mois d'août 1927, où, pour la première fois, la malade s'était aperçue d'une augmentation progressive de son abdomen; pendant un an, elle ne subit aucun traitement et c'est en septembre dernières, un an après les débuts des accidents que nous la voyons pour la première fois.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel à signaler; la malade a eu neuf enfants avec accouchements normaux et deux fausses-couches spontanées; ses règles ont toujours été régulières, la ménopause s'est faite à 48 ans.

L'examen révèle un abdomen volumineux et saillant dont la cicatrice ombilicale est dépliée; à la palpation, la paroi est tendue, plutôt dure et résistante que dépressible, mais elle permet tout de même de percevoir l'existence de masses irrégulières et dures occupant surtout la région moyenne et l'hypocondre.

Sensation de flot, matité dans les flancs, sonorité médiane, modification de la matité et de la sonorité, avec le décubitus latéral, tous ces signes sont positifs affirmant l'existence d'un liquide péritonéal abondant.

Le toucher vaginal montre un utérus fixé dont il est impossible de retrouver le fond; le dôme vaginal bombe, refoulé par le liquide; on ne perçoit rien dans les culs-de-sac.

Il n'existe aucun symptôme fonctionnel, pas de vomissements, pas de constipation, par d'ictère; les urines sont normales.

Une ponction exploratrice donne issue à un liquide ascitique gélatineux.

Intervention. — La laparotomie faite à l'anesthésie locale laisse sourdre un liquide abondant jaune citrin, visqueux et épais. Il tient en suspension des masses flo-

conneuses adhérentes au péritoine et aux organes. Ces masses sont particulièrement abondantes dans la cavité pelvienne.

Nous sommes surtout frappés par la présence d'une grosse masse blanchâtre, boursouflée et irrégulière; sa consistance est dure, cartilagineuse; de forme irrégulièrement triangulaire, sa base occupe la région supérieure de l'abdomen, alors que son extrémité inférieure atteint le détroit supérieur; cette masse aplatie en galette cache en arrière d'elle tout l'intestin grêle; elle se laisse facilement extérioriser, et l'on constate alors qu'elle adhère par toute sa base à toute la longueur du côlon transverse: cette tumeur n'est autre que le grand épiploon envahi et infiltré dans toute son étendue.

La face intérieure du foie, tout le péritoine pariétal, sont envahis de noyaux blanchâtres, translucides; enfin, on note la présence d'un kyste de l'ovaire gauche; il a le volume d'une tête fœtale, il est adhérent à la cavité pelvienne, quoique sous-ligamentaire, et sa surface est parsemée de petits kystes secondaires dont quelques-uns sont vides et ratatinés.

Cet assainage de tout l'abdomen, la dégénérescence totale du grand épiploon montre l'inutilité de toute tentative d'extirpation; l'abdomen est donc refermé sans drainage après assèchement aussi minutieux que possible.

Deux prélèvements sont faits: l'un, au niveau du péritoine pariétal, l'autre, sur la masse épiploïque, donnent le résultat suivant:

Examen pratiqué par Mme SUDAKA-PLANTY.

Les fragments des deux tumeurs remis à l'analyse ont sensiblement la même structure et par suite la même origine.

Histologiquement, ils sont constitués par des kystes inclus dans un tissu conjonctif de caractère variable.

Les kystes, de taille très inégale, sont bordés par un épithélium à une seule assise de hautes cellules cylindriques; çà et là des cellules desquamées, tombent dans la cavité centrale où elles subissent la transformation muqueuse. Rares figures de mitose au niveau de l'épithélium. En certains points, cet épithélium dessine de courtes papilles centrées par un conjonctif.

Ce conjonctif qui entoure les kystes fortement œdémateux, au voisinage de ceux-ci devient compact en profondeur. Pas de prolifération épithéliale au sein du conjonctif.

Conclusion. — Kystome papillaire (greffe péritonéale probable d'un kyste de l'ovaire).

La malade a été revue ces jours derniers (avril), le liquide péritonéal s'est reformé aussi abondant qu'avant l'intervention, et l'état général s'est maintenu satisfaisant.

OBSERVATION 58. — *Personnelle.*

ROUSBAH ADJIDI, 60 ans. — Cette mauresque se fait hospitaliser le 7 novembre 1928, parce que son abdomen a considérablement augmenté de volume ainsi que ses jambes.

Il y a environ 11 mois, la malade a ressenti des douleurs dans son abdomen. Ces douleurs revêtaient le type de coliques sèches et sans remarquer d'augmentation appréciable de son abdomen, la malade signale l'apparition de métrorragies irrégulières, sans odeur. Ces métrorragies coïncident avec les douleurs qui ne restent pas localisées dans le bas ventre, mais qui irradient jusque dans les lombes.

Il n'y a aucune perte fétide. Ces écoulements sanguins durent 5 à 6 mois, avec des périodes de rémission variables, puis disparaissent tout à fait. Et, depuis, son abdomen n'a fait que grossir jusqu'à atteindre des dimensions telles que toute marche est devenue impossible, condamnant la malade au lit. C'est alors, qu'elle se décide à entrer à l'hôpital.

Examen (8 novembre 1928). — L'abdomen est énorme, mesurant 138 cm. de circonférence ; les téguments sont tendus, luisants, vergéturés, et sillonnés par une circulation veineuse très marquée strictement sus-ombilicale.

Dans la région hypogastrique, de nombreux troncs lymphatiques considérablement dilatés augmentent encore l'épaisseur de la paroi. Cet épaississement est surtout net dans la région sus-pubienne, infiltrée à l'extrême par un œdème, blanc et mou. L'ombilic est complètement effacé ; la cicatrice ombilicale dépliée est en continuité avec la

surface des téguments. Les organes génitaux externes sont également très œdématisés et les membres inférieurs infiltrés par un œdème de compression, prennent un aspect éléphantiasique. Autant la partie inférieure du corps est énorme, autant le visage, les membres supérieurs et la poitrine sont décharnés. Le faciès est tourmenté, le teint jaune paille.

Ce « gros ventre » est mat dans ses deux tiers inférieurs. La matité est en croissant à concavité supérieure. Les deux hypocondres sont sonores, l'épigastre est tympanique. La fluctuation est nette; on met, en effet, facilement en évidence la sensation de flot, mais il est impossible, vu l'état de tension extrême de l'abdomen, de sentir à la palpation la moindre formation pathologique.

Le toucher a été pratiqué; rendu très difficile, en raison de l'infiltration des organes génitaux externes, on parvient néanmoins à sentir, à bout de doigt, un col qui paraît légèrement entrouvert; mais l'utérus ne peut être atteint. Les culs-de-sac sont rénitents.

Les autres appareils sont normaux: rien de cardiaque (tension: 14,5-8,5 au Pachon), rien de pulmonaire. Le rein fonctionne normalement.

La malade a malgré tout conservé bon appétit. Les selles sont normales et régulières; elle n'a jamais de vomissements.

Les antécédents personnels se résument à peu de choses. C'est une grande multipare: elle a eu 11 enfants, dont deux sont décédés en bas âge d'affection inconnue; les autres sont en bonne santé. Elle aurait eu du paludisme?

Une ponction est pratiquée le 7-11-28. Elle permet de retirer deux litres et demi environ d'un liquide hémorragique dans lequel nagent de nombreuses masses gélatineuses, jaunâtres et gluantes. Après cette ponction, rendue difficile par le fait de l'obstruction continuelle du trocart par les masses gélatineuses, la palpation des organes abdominaux n'est cependant pas possible, le liquide retiré étant en trop petite quantité.

Une seconde ponction est faite le 13-11-1928, à la suite d'une crise dyspnéique. On retire deux litres de ce même liquide hémorragique mélangé de masses gélatineuses et on arrive à recueillir une certaine quantité de cette gelée

tremblotante, jaunâtre, absolument pure, sans addition de liquide hémorragique.

Des examens de laboratoire ont été pratiqués. En voici les résultats :

Sang :

W. : négatif.

Dosage de l'urée dans le sang.... 0 gr. 365 0/00

Cholestérinémie 1 gr. 89 0/00

Numération globulaire :

G. R. 4.300.000

G. B. 6.000

Equilibre leucocytaire :

Polys 68 %

Monos 3

Lymphos 29

Urines :

Sucre 0

Albumine 0

Pigments biliaires 0

Sels biliaires 0

On se proposait de faire un *lipiodol intra-utérin*; mais étant donné l'importance de l'ascite et de l'infiltration des organes génitaux, on ne peut abaisser l'utérus qui reste très haut, presque inaccessible.

Intervention le 21 novembre 1928 par M. le Professeur FERRARI, aidé de M. le Docteur JAHIER.

Anesthésie générale à l'éther.

Après avoir incisé les téguments sur 5 à 6 cm. sur la ligne médiane et dans la région sous-ombilicale, on essaye à l'aide d'un gros trocart de vider l'ascite. On ne peut y arriver.

On pratique alors une laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine incisé, un flot de liquide hémorragique mélangé de volumineuses masses gélatineuses, s'écoule. Par pressions latérales sur l'abdomen et avec les mains, on retire 12 à 15 litres de ce liquide gluant, et de ces masses de gelée de couleur jaune ambrée ou verdâtre. La plus grosse partie du liquide étant évacuée, on tombe alors sur un énorme kyste de l'ovaire gauche,

logé dans le flanc droit et l'occupant entièrement. Il se présente sous la forme d'une volumineuse masse gélatineuse, qui, sans aucune adhérence, est énucléée facilement de la cavité abdominale. Ce magma gélatineux est contenu dans une enveloppe kystique fibreuse, rompue au niveau du pôle supérieur du kyste. On pratique l'ablation de ce kyste.

L'ovaire droit est vérifié: du volume d'une grosse noix, il présente à son pôle supérieur une petite formation kystique; ovariectomie droite.

L'appendice est absolument normal.

La toilette du péritoine est faite aussi bien que possible; on vide le petit bassin d'une certaine quantité de petites masses gélatineuses agglutinées en grappes, ressemblant absolument à du frai de grenouille.

Péritoine parsemé de granulations.

On termine rapidement l'intervention par un assèchement aussi complet que possible du péritoine. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze, sans drainage (pas de Mickulicz).

Traitement du choc opératoire: sérum intra-veineux, caféine, huile camphrée.

La malade est revue 48 heures après. L'état général est excellent; l'œdème des membres inférieurs a complètement disparu.

La cicatrice se constitue rapidement dans les semaines qui suivent. Pas de complication.

La malade sort du service un mois et demi après l'intervention, satisfaite et apparemment guérie, car il ne semble pas que l'ascite ait eu tendance à se reproduire jusqu'à ce jour.

Examen histologique. — Nous n'avons pu obtenir une analyse chimique sérieuse du liquide ascitique. L'examen histologique de la pièce enlevée a été confiée au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté.

Voici le protocole de cet examen qui nous a été remis par M. MONTPELLIER, chef de travaux.

L'examen a porté sur:

- 1° Un fragment de la masse kystique et gélatineuse.
- 2° L'ovaire gauche de la dimension d'une grosse amande verte et de surface un peu tomenteuse.

Colorations — Hématéïne-éosine, Van Gieson, Trichrome au bleu d'aniline, mucicarmin de Mayer.

1° *Fragment de la tumeur.* — Il est constitué par une charpente conjonctive fibro-hyaline, lâche, retenant irrégulièrement le mucicarmin.

Cette charpente est tapissée par une assise de cellules cylindro-cubiques, dont le protoplasme est généralement clair et mucicarminophile.

La substance gélatineuse contenue dans les kystes est amorphe, avec débris cellulaires rares; elle retient fortement le mucicarmin.

2° *Ovaire gauche.* — En surface, on note une mince coque fibro-conjonctive et de type banal.

Toute la masse ovarienne est bourrée de cavités d'aspect kystique, mais sans paroi épithéliale, et dont la lumière est occupée par du sang laqué.

Le stroma qui soutient ces pseudo-kystes hématiques, est en partie fibreux, en partie hyalin et mucicarminophile. Il est riche en travées et flaqes de pigment ocre.

On ne retrouve pas la moindre trace du parenchyme ovarien.

OBSERVATION 59. — D^r Jules GIRAUD: *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, t. III, n° 1, janvier 1929.

In extenso.

Mme A... E..., âgée de 80 ans, entre le 6 septembre 1928 dans le service de M. le Professeur SILHOL parce que son ventre grossit considérablement. Il semble que ce fait a débuté il y a un an; il s'est produit sans douleur et la malade ne s'en est aperçue que parce qu'elle a senti progressivement ses vêtements la serrer. A ce moment-là, du reste, l'augmentation du ventre fut faible, puis s'arrêta ou presque durant 8 mois, pour reprendre et s'accentuer dans les trois mois qui ont précédé son entrée à l'Hôtel-Dieu.

De fait, le ventre est très développé à l'examen. Considérablement tendu presque résistant, mat jusqu'à une ligne transversale et à peu près rectiligne passant à 15 cm. au-dessus de l'ombilic. Celui-ci est retourné en doigt de gant, nettement plus rapproché du pubis que

de l'appendice xiphoïde. Le creux épigastrique et le flanc droit sont les seules zones sonores de cet énorme abdomen, quelles que soient les positions données à la malade; on perçoit nettement une sensation de flot. Les douleurs sont très faibles. A peine peut-on noter une sensibilité de l'épigastre et de l'hypocondre gauche. Le toucher vaginal montre une immobilité de l'utérus et une résistance un peu pâteuse des culs-de-sac. Aucune révélation, n'est fournie par l'exploration des divers appareils. L'état général est satisfaisant, bien que passablement altéré depuis quelques temps par la gêne mécanique du ventre et par de très légers troubles digestifs. Cette malade eut trois enfants. Elle fut ménopausée, il y a 40 ans; mais depuis 15 jours, elle a des pertes sanguines quotidiennes assez abondantes. La tension artérielle au Pachon est de 16-6,5. L'azotémie est de 0 gr. 40.

C'est sans diagnostic bien certain que cette malade est laparotomisée le 8 septembre sous anesthésie générale à l'éther. Après ouverture médiane sous ombilicale, on constate dès l'ouverture du péritoine, une ascite gélatineuse très abondante dont la viscosité ne permet pas l'évacuation à la cloche de Villar. C'est donc à la compresse qu'il faut vider le liquide gélatineux, avant d'apercevoir le petit bassin. Là, en effet, se trouve une poche kystique paraissant développée aux dépens d'un ovaire gauche impossible à apercevoir. Tout est englué et fixé intimement au sigmoïde et au rectum qui cloisonnent fortement la région. Force est donc de placer un Mickulicz, tout simplement après avoir extirpé la majeure partie accessible de la paroi du kyste. La paroi du ventre est fermée en un plan aux fils métalliques.

Les suites opératoires sont normales. L'opérée se lève, la quatrième semaine lorsque le 11 octobre (33 jours après l'opération) elle résente un syndrome d'obstruction intestinale. Le ventre se distend et se météorise. Il est sensible. Les selles s'espacent malgré les purgatifs et les lavages. La température oscille entre 37° 8 et 38°, puis l'état général s'altère et le ventre se durcit. Aussi, le 19 octobre, doit-on intervenir pour occlusion intestinale. Une laparotomie médiane sous-ombilicale montre de très nombreuses adhérences viscéro-pariétales et interviscérales: tout l'intestin est agglutiné; sa libération est longue et délicate,

ce qui ne se fait pas sans quelques éraillures de la séreuse. Le ventre est refermé en un plan, sans drainage. Mais la malade ne peut supporter si grave intervention et décède quelques heures plus tard.

L'ablation d'un fragment de la paroi kystique faite à la première intervention a permis un examen anatomo-pathologique (D^r ROUSLACROIX).

« Paroi de poche kystique épaissie et formée de deux zones. L'une externe, fibro-conjonctive, riche en vaisseaux veineux et en capillaires gorgés de sang; l'autre interne, présentant d'innombrables villosités et culs-de-sac glanduliformes revêtus par une ou plusieurs assises de cellules cylindriques ou prismatiques hautes, la plupart à mucus. Les axes connectifs séparant les cavités sont formés par un tissu cytogène à cellules arrondies ou ovalaires rappelant les éléments du chorion de la muqueuse utérine. »

L'analogie endométriale était telle que sans être averti du cas clinique. M. ROUSLACROIX a pu conclure au premier examen: endométriome kystique, type kyste bleu du Douglas.

OBSERVATION 60. — CONDAMIN et W. BRUNAT (Lyon) :
De la rupture intrapéritonéale des kystes de l'ovaire.
Lyon médical, an. LXI, t. CXLII, n° 16, 21 avril 1929.

Une femme âgée de 45 ans s'est aperçue depuis dix mois de l'augmentation progressive de son ventre. Un jour, elle ressent une vive douleur abdominale avec de violents frissons, pas de vomissements, pas de fièvre.

A l'examen, on constate que l'abdomen est très augmenté de volume, il n'y a pas de symptômes très nets d'ascite. On pense à une tumeur ovarienne, probablement tumeur végétante maligne.

Intervention 15 jours après l'accident aigu. Laparotomie médiane. Il s'échappe une assez grande quantité d'une substance gélatineuse que l'on a certaine peine à évacuer complètement à cause de son abondance et de sa viscosité. On constate alors que cette substance est le contenu d'un kyste de l'ovaire droit du volume d'une tête de fœtus rompu en trois points. Ovariectomie. Fermeture. Suites opératoires simples.

II. — Observations d'épanchements gélatineux d'origine appendiculaire.

OBSERVATION 61. — E. FRAENCKEL: *Münch med. Woch.*,
11 juin 1901, rapportée dans *Semaine médicale*, 11 décembre 1912.

A l'autopsie d'un vieillard de 79 ans, mort de ramollissement cérébral, on trouva le petit bassin rempli de masses gélatineuses qui se prolongeaient dans les deux fosses iliaques, surtout à droite. Cet amas mucoïde n'était nullement adhérent et l'on pouvait « le puiser à pleines mains ». L'appendice était dilaté en ampoule et perforé sur sa face antérieure, il contenait une gelée épaisse, de même aspect et ne présentait du reste, aucune trace de néoplasme. Il était totalement oblitéré sur une étendue de 1 cm. vers le cœcum.

L'appendice ne fut pas examiné histologiquement dans l'intérêt de la conservation de la pièce, mais on trouva le péritoine parsemé de villosités en forme de doigts de gants revêtus d'une seule couche de cellules endothéliales. Les villosités étaient ramifiées dendritiquement. Elles paraissaient en relation avec la réaction péritonéale produite au niveau des masses muqueuses et rappelant un jeune chorion.

OBSERVATION 62. — RÉCAMIER : *Bulletin Soc. Anatom.*,
Paris, 13 janvier 1905.

Femme de 60 ans (digestions difficiles, douleurs abdominales, constipation opiniâtre). Au cours d'une cure radicale de hernie, après ouverture du sac, il s'écoule un liquide épais ressemblant à de la gélatine liquide ou à de la gelée de pommes comme consistance et comme couleur. Le bassin tout entier est rempli par un épanchement analogue, directement en rapport avec les anses intestinales et dont on ne sent pas les limites.

On pratique alors une laparotomie médiane. En relevant, les anses intestinales qui recouvrent le petit bassin et qui sont très légèrement adhérentes entre elles, la main pénètre dans le Douglas, qui est rempli du même liquide gélatineux. Le revêtement péritonéal pelvien comme la face inférieure des anses elles-mêmes, est épaissi et d'aspect rugueux. On retire du petit bassin la valeur de plusieurs grands verres de l'épanchement colloïde. L'appendice en forme de corne d'abondance est enlevée. Utérus et annexes sains.

Drainage du Douglas, pendant 10 jours, remplacé par une mèche.

Le drain n'a donné que de la sérosité jaunâtre n'ayant plus les caractères de l'épanchement colloïde.

Guérison.

Dans ses antécédents, la malade dit avoir ressenti, depuis une fièvre typhoïde, presque constamment une douleur dans la fosse iliaque droite, localisée en un point qui paraît être le point de Mac-Burney. Dans la suite elle eut de nombreuses crises appendiculaires, dont l'une fut étiquetée colique hépatique. Depuis 2 ans, amaigrissement progressif.

Examen macroscopique de l'appendice. — Appendice volumineux dilaté à son extrémité distale; sa cavité communiquait par une large perforation siégeant à la partie inférieure, avec le péritoine où elle déversait d'énormes quantités de matière mucoïde ou colloïde.

Examen histologique. — *Muqueuse:* La surface interne de l'appendice, dans sa portion ectasiée, est, dans toute son étendue, le siège d'une transformation épithéliomateuse aussi constante que vigoureusement végétante. En aucun point de cette vaste surface on ne trouve la moindre trace de la muqueuse intestinale. Glandes en tube, follicules clos, muscularis mucosae et même sous-muqueuse ont totalement disparu.

Le revêtement interne de la cavité appendiculaire consiste en une puissante néoformation d'épithélium cylindrique d'une grande beauté. Il ne s'agit pas seulement de cellules épithéliales cylindriques hautes et riches en mucine. Il y a mieux encore: une véritable néo-muqueuse cancéreuse s'est substituée à la muqueuse normale. Je ne

dis pas que ces végétations cancéreuses ont atrophié ou chassé la muqueuse appendiculaire. eJ dis qu'elles en tiennent la place. Et par le fait même de l'absence absolue de toute trace des deux membranes internes de l'organe (muqueuse et sous-muqueuse) on est en droit d'en conclure qu'un travail inflammatoire ulcératif s'était sans doute produit à l'intérieur d'un kyste de l'appendice et que ce kyste s'est consécutivement cancérisé jusqu'à se rompre dans le péritoine.

Péritoine : Le rebord de l'appendice, les masses colloïdes adjacentes, le péritoine extérieur à l'appendice sont, de proche en proche, transformés, recouverts d'une couche de cellules épithéliales cylindriques aussi hautes, aussi nucléées, aussi mucigènes que leurs congénères logées encore dans la cavité appendiculaire. Les bourgeonnements dendritiques y sont même, en nombre de points, plus riches, plus développés qu'à l'intérieur de l'organe.

Masses colloïdes : Constituées par d'énormes amas de matière mucilagineuse, à l'intérieur de laquelle, de place en place, se reconnaissent encore quelques très rares épithéliums isolés, déformés, gorgés de boules colloïdes, preuve qu'ils sont bien l'origine de cette extraordinaire production de matière mucilagineuse.

Pédicule de l'appendice : Son étude donne la clef de cette intéressante observation. Toute la partie enlevée et située entre le cœcum et la poche cancéreuse, est le siège d'une oblitération ancienne, fibroïde, caractéristique. Il s'agit d'une vieille appendicite oblitérante, consécutive à une appendicite aiguë terminée par destruction complète de la muqueuse proprement dite.

L'occlusion qui en est résultée a, selon toute vraisemblance, inclus dans un kyste appendiculaire de l'extrémité libre, quelques débris de muqueuse ou de glande de Lieberkühn. Ce « moignon épithélial » est devenu la source de la formation d'un cancer colloïde, qui, par ses propres moyens, est parvenu à rompre le bout de l'appendice et à faire irruption dans la séreuse.

Au haut de la cavité cancérisée, il est possible de reconnaître la sous-muqueuse et la musculuse encore distinctes.

OBSERVATION 63. — HIRST, cité par STENGEL : *Journ americ. Med. Assoc. Chicago*, 1906.

Autopsie d'une femme morte de coma diabétique : appendice dilaté avec une petite perforation laissant passer une grappe de tissu muqueux. Occlusion de l'appendice ne communiquant plus avec le cœcum. La masse gélatineuse est faite de pseudomucine avec tous petits éléments calcifiés.

OBSERVATION 64. — MARIO-ACEDEVO : *Rev. de la Societ. de Medec. Argentina*, 1906.

Homme de 60 ans. Dans la fosse iliaque l'appendice est englué dans une centaine de centimètres cubes de substance gélatineuse transparente, retenue contre la fosse iliaque par un réticulum de fibres conjonctives. L'appendice communiquait avec la cavité péritonéale, mais était oblitéré du côté cœcal. Sa cavité est remplie de substance gélatineuse.

OBSERVATION 65. — HÜETER : *Bieträge Z. Patholog. Anat. U. Allg. Patholog.*, 1907.

A l'autopsie d'un homme de 35 ans, on trouve dans la région iléo-cœcale, une masse rappelant une môle hydatiforme. L'appendice oblitéré près du cœcum par un adéno carcinôme était entouré de vésicules grosses comme une cerise, contenant un mucus transparent et dont la paroi était constituée par un tissu conjonctif. L'appendice était rempli de la même masse muqueuse transparente. Pas de perforation, mais en un point, la paroi était amincie et saillante, et d'après HÜETER, c'était là les restes d'une perforation cicatrisée.

OBSERVATION 66. — H. HARTMANN et BINET : *Ann. gynéc. et obstétr.*, mars-avril 1918.

Femme de 51 ans, opérée pour tumeur abdominale kystique avec réaction péritonéale subaiguë.

A l'intervention, liquide gélatineux abondant emplissant l'abdomen. L'épiploon recouvre cette masse qui a l'aspect de « gelée de groseilles blanches ». Kyste ovari-

que multiloculaire droit rompu en un point, contenant une tumeur bourgeonnante grisâtre et adhérent à la face postérieure du ligament large et à la paroi latérale droite du pelvis. Hydrosalpingite gauche, ovaire apparemment sain. Appendice kystique, dilaté, adhérent à la tumeur. Hystérectomie subtotale, salpingectomie bilatérale. Appendicectomie, fermeture sans drainage.

Récidive 6 ans plus tard, ascite gélatineuse abondante. Cachexie extrême. On juge une nouvelle intervention inutile et dangereuse. Mort en 1915 (7 ans après la première intervention).

Examen histologique de l'appendice (LECENE). — La cavité appendiculaire dont les dimensions dépassent celles d'une grosse olive, est remplie par une substance hyaline qui se colore en violet clair par l'hématoxyline, en violet rouge par le bleu polychrome.

La muqueuse est réduite à une seule assise de cellules épithéliales, formées de cellules cylindriques hautes, mélangées à un grand nombre de cellules caliciformes contenant des grains d'une substance hyaline analogue à celle que contenait la cavité de l'appendice. On retrouve dans les vaisseaux lymphatiques dilatés de la paroi fibromusculaire la même substance hyaline avec ses mêmes réactions métachromatiques; on peut donc la considérer comme étant du mucus intestinal.

OBSERVATION 67. — A. NEUMANN: *Berlin Klin. Wochenschrift*, 1909. *Semaine médicale*, 11 décembre 1912.

Jeune fille de 18 ans. Deux crises antérieures d'appendicite. Intervention pour une troisième crise. L'appendice repose sur une sorte de coussin large comme la paume de la main, saillant, et adhérent à l'appendice. Cette masse de surface inégale était semée de bosselures hémisphériques, transparentes, grosses comme des cerises, des pois, des grains de chènevis, rappelant le frai de grenouille. En décollant l'appendice, on rompit cette masse d'où s'échappa un liquide filant et gélatineux. Ovaires normaux.

Oblitération de l'appendice dans la moitié proximale avec hernie vers le tiers de sa moitié distale: c'est par ce diverticule que devait s'échapper ce mucus sécrété

sous une forte pression par les glandes appendiculaires. Guérison.

L'appendice enlevé a 6 cm. de long et présente un épaississement assez régulier, du volume du petit doigt, allant en diminuant vers l'extrémité proximale. La couleur est jaune grisâtre; la séreuse est lisse par place; elle est couverte de franges lâches, fibreuses, de consistance dure et élastique.

La coupe de l'extrémité distale montre un épaississement des parois portant sur toutes les couches, mais surtout sur la musculuse. A un endroit correspondant à l'insertion du mésentère, à 2 cm. du sommet, on voit que la couche musculaire épaissie, présente une interruption brusque par laquelle la muqueuse fait hernie en forme de doigt de gant dont le dôme dépasse de 2 cm. environ le niveau de la séreuse avoisinante et repousse cette séreuse, de sorte que le fond du diverticule est formé d'une membrane ayant la minceur du papier et uniquement composée de la muqueuse appendiculaire et de la séreuse péritonéale. Nulle part on ne trouve place de néoplasme malin.

Les cavités remplies de mucus, ne présentent nulle part de revêtement épithélial, mais sont formées simplement de trainées conjonctives très lâches dans les lacunes desquelles sont disposées, en rayons, les masses gélatineuses.

Donc, dans ces cas, les masses accumulées dans l'appendice, et sorties probablement par poussées répétées à travers le diverticule béant d'une façon intermittente, furent encapsulées par une membrane conjonctive pauvre et s'accumulèrent au niveau du péritoine pariétal voisin.

OBSERVATION 68. — CHAVANNAZ : *Bullet. et Mémoires Soc. Chir. Paris*, 1909. *Semaine médicale*, 11 décembre 1912. In Thèse de Mme BELLEVUE.

Homme de 35 ans, syphilitique, très amaigri, cinq crises aiguës d'appendicite (à 21 ans, 30 ans, 31 ans, 32 ans, 33 ans).

A l'examen, on sent dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'une grosse noix, douloureuse à la pression et peu mobile. On fait des réserves sur l'éventualité d'une appendicite tuberculeuse.

A l'opération: appendice gros comme un doigt d'adulte. A l'angle iléo-cœcal une tuméfaction « du volume d'une belle noix ». En détachant l'appendice, on vit saillir « plusieurs petites sphères parfaitement régulières de coloration ambrée », provenant d'une loge comprise entre l'appendice en avant, le cœcum et la fin de l'iléon en arrière. Cette loge « se montra pleine d'une poche considérable de ces sphérules dont le volume variait de celui d'un grain de millet à celui d'un tout petit pois. Elles étaient un peu agglutinées entre elles à la façon des œufs d'écrevisses. »

Appendicectomie. Guérison.

Examen de l'appendice (M. SABRAZÈS). — Les sphérules étaient constituées par la mucine. Les glandes de l'appendice, hypertrophiées, étaient remplies de bouchons de mucus et confinaient par leur exubérance « à l'adénome sans évolution, néoplasique maligne »; follicules infiltrées de polynucléaires; on ne voit pas de perforation appendiculaire.

OBSERVATION 69. — CRAMER: « *Pseudomyxôme du péritoine après appendicite* ». *Monatsch f. geburtsh u. gynäkol.*, décembre 1910.

Femme de 50 ans, éprouvant depuis quelques années des tiraillements dans le côté droit du ventre. Son dernier accouchement remontait à 4 ans et l'on avait noté à ce moment que la régression utérine s'était opérée lentement. Depuis ce temps, les règles étaient devenues plus longues et plus abondantes. Durant les derniers six mois ces hémorragies s'étaient transformées en véritables métrorragies de quatre à six semaines de durée. Il en était résulté un état profond d'anémie.

Enfin depuis quelques temps, la patiente avait remarqué que son ventre était devenu volumineux,

Quand on l'examina, tout ce qu'on découvrit de notable, fut un myxôme utérin remontant presque jusqu'à l'ombilic. Laparotomie.

Après l'ouverture: apparition de nombreuses masses gélatiniformes, myxomateuses. Le péritoine pariétal était épaissi et portait plusieurs franges de même nature. Le péritoine viscéral était également recouvert de vésicules pseudo-myxomateuses.

La première pensée de CRAMER fut qu'il s'agissait d'un kyste muqueux rompu de l'ovaire, mais les ovaires étaient intacts.

Le myxôme qui existait fut excisé par une hystérectomie supra-vaginale. L'inspection du ventre se poursuivant, fit découvrir des masses myxomateuses un peu partout mais surtout développées dans le côté droit. Des adhérences plaquaient le cœcum dans la fosse iliaque; en les dissociant on voyait se hernier entre leurs fibres de nombreuses vésicules myxomateuses.

Appendice du volume d'un doigt; extrémité libre perforée baignant dans une petite cavité pleine de gelée myxomateuse; orifice cœcal oblitéré; guérison parfaite.

La cavité appendiculaire contenait des masses gélatineuses, il semble peu douteux que l'appendice et ses sécrétions aient été le point de départ de la dégénérescence pseudo-myxomateuse du péritoine.

OBSERVATION 70. — MOORE : *Dorchester* 1910, 7 mai, *Centrälblatt für gynakolog.*

Femme de 44 ans opérée pour menace de pérityphlite. On tombe sur une masse gélatineuse brun clair, adhérente au cœcum, au côlon ascendant et aux masses intestinales. L'appendice est ouvert dans cette masse. Ovaires normaux. — Appendicectomie. Toilette du péritoine. Guérison.

OBSERVATION 71. — W. TROTTER : *Brit. Med.*, 7, 1910, et *Journal de Chirurgie*, 1920. In th. GOURSOLAS.

Homme de 36 ans ayant souffert d'une crise douloureuse dans la fosse iliaque droite en 1907. En mai 1908 nouvelle crise, mais plus sévère. On constate alors la pré-

sence d'une très grosse masse dans la fosse iliaque droite; après avoir attendu un mois, que cette masse veuille bien régresser, on se décide à intervenir, devant la persistance de la tuméfaction.

A l'intervention, l'épiploon, le cœcum, le côlon ascendant, le péritoine pariétal sont recouverts par des masses arrondies, transparentes, gélatineuses; l'appendice est introuvable. On conclut alors à un cancer colloïde.

Toutefois, on enlève le plus possible de masses gélatineuses, une masse épiploïque grosse comme la main et on referme. Guérison complète sans récurrence.

Le morceau d'épiploon enlevé reproduit avec une parfaite exactitude, l'apparence d'un carcinôme avancé. Microscopiquement, la structure donne à première vue l'impression d'un cancer dont les cellules ont été transformées en matière colloïde. Mais une observation plus approfondie montre que le stroma qui enveloppe les masses gélatineuses est un produit de réaction inflammatoire plutôt qu'un tissu fibreux et que la substance gélatineuse donne les réactions non de la substance colloïde, mais de la mucine.

OBSERVATION 72. — HONECKER : *Inaug. Diss.*, 1910.

Femme de 50 ans, souffrant dans la fosse iliaque droite depuis 3 ans. Ablation de l'appendice. Guérison. L'appendice était oblitéré à sa partie moyenne et présentait au niveau de son extrémité distale une perforation par laquelle s'échappaient des masses muqueuses dans l'abdomen.

Appendice de 7 cm. de long, de la grosseur du petit doigt. Il est coudé à l'union de son tiers moyen avec son tiers proximal. Du côté concave de cette coudure, méso riche en graisse, et du côté convexe, des adhérences délicates, en brides. En cet endroit, les uns inclus dans les adhérences, les autres reposant librement sur la séreuse appendiculaire, se trouvent des éléments muqueux en forme de vésicules, et des masses transparentes gélatineuses en forme de gouttes. Tout l'appendice et le tissu graisseux paraissent recouverts d'une membrane délicate, légèrement opaque. A l'ouverture de l'organe, on

trouve deux oblitérations, l'une en avant, l'autre en arrière de la coudure.

Microscopie. — Dans la partie proximale en communication avec le cœcum, la muqueuse et la sous-muqueuse sont intactes, tandis que la musculuse est, çà et là, traversée par des tractus conjonctifs; l'épaisseur des parois est tout à fait normale. Dans la partie moyenne, on trouve une boule de mucus qui contient de grandes cellules, dégénérées, hydropiques. Il n'y a ni vaisseaux sanguins, ni éléments conjonctifs. La surface de la boule présente des irrégularités qui s'engrènent avec des reliquats de mucus siégeant sur la paroi appendiculaire: à ce niveau l'épithélium de la muqueuse a disparu, la sous-muqueuse est atrophiée et la tunique musculaire très amincie, est, en point, interrompue et remplacée par du tissu conjonctif lâche, infiltré de cellules rondes. En dehors. En dehors, est déposé du mucus autour duquel la séreuse a disposé une membrane conjonctive richement vascularisée. Enfin, dans le troisième segment appendiculaire, on voit une petite fente séparée d'une masse muqueuse par un pont de tissu conjonctif. Ce kyste muqueux lui-même a une perforation pariétale qui met sa cavité en communication avec la cavité abdominale. L'examen microchimique des amas gélatineux a donné les réactions positives de la mucine.

OBSERVATION 73. — HONECKER: *Ibid.*

Homme de 79 ans, présentant une tumeur dans la fosse iliaque droite. A l'opération on trouve des masses gélatineuses et un appendice perforé. Ablation.

A l'opération masses multiples, muqueuses, analogues à des grappes de raisin et semblant s'étendre sur tout l'abdomen. L'intestin est partout recouvert de masses claires gélatineuses, faciles à enlever. La tumeur est constituée par une agglomération d'épiploon, de graisse, de masses gélatineuses. On enlève dans la mesure du possible, et on draine la cavité opératoire.

Mort 23 jours après l'opération.

Examen microscopique d'une partie gélatineuse de la tumeur épiploïque (SCHMORL). — Masses muqueuses tra-

versées par de délicates fibres conjonctives. Le tissu conjonctif renferme peu de cellules. Etant donné qu'on ne trouve pas de cellules cancéreuses qu'on avait tout d'abord recherchées, on écarte l'idée d'un cancer colloïde avec dégénérescence muqueuse des cellules néoplasiques. On porte le diagnostic de pseudomyxôme péritonéal consécutif probablement à la rupture d'un appendice ayant subi la dégénérescence kystique.

Autopsie. — La moitié droite de la cavité abdominale est remplie par une grande quantité de mucus opaque n'adhèrent que lâchement à la paroi et au feuillet viscéral du péritoine. On le trouve sur une épaisseur de 2 à 3 cm. entre le diaphragme et le foie, tandis qu'il n'est qu'en couche aplatie entre les anses intestinales, à la surface de la rate, dans le petit bassin, où il adhère assez solidement au péritoine. Mais, c'est dans la fosse iléo-cœcale que les masses muqueuses sont en plus grande abondance; là, elles entourent complètement le cœcum et le segment inférieur du côlon ascendant et adhèrent solidement à la séreuse. L'appendice est inclus dans ces masses traversées de stries blanches; on ne peut que difficilement l'en isoler. L'épiploon adhère à la paroi abdominale antérieure au niveau des plaies opératoires; il est modérément adipeux, mais très épaissi et recouvert d'une mince couche muqueuse, colorée en jaune, qui se détache facilement.

L'appendice a une longueur de 5 cm. A son extrémité proximale, la lumière est fermée, et il est dilaté sphériquement; juste en arrière de l'oblitération sur la partie médiane de la dilatation qui a à peu près le volume d'une noix, se trouve un trou presque circulaire, à bords nets, par lequel on fait sortir, par pression, une assez grande quantité de substance muqueuse. La lumière de l'appendice communique par ce trou avec la cavité abdominale. La dilatation ampullaire est tapissée d'une muqueuse assez rouge épaissie. A son extrémité distale, l'appendice a la grosseur d'une plume d'oie; sa lumière est assez élargie et a environ 3 mm. de diamètre; il adhère solidement au cœcum.

Examen histo-chimique. — Les masses muqueuses se coagulèrent en fins filaments par le durcissement au for-

mol. Avec l'hématoxyline Delafield elles se colorèrent du gris bleuâtre ou violet, avec la thionine en rouge métachromatique, avec la mucicarminé de Meyer, en rouge; la coloration de Merckel au violet de crésyle fournit le même résultat: donc la réaction chimique du mucus fut positive.

Dans les parties prélevées sur le dépôt du cœcum, on trouve dans le mucus des cavités kystiques produites par encapsulation conjonctive et remplies aussi de mucus. La paroi de ces cavités n'est formée que de tissu conjonctif riche en cellules et partout où existe le dépôt manquent les cellules péritonéales de revêtement.

Microscopie. — On voit à la région proximale de l'appendice une oblitération dure, conjonctive, en arrière de l'abouchement dans le cœcum. L'épithélium de la muqueuse est parfaitement conservé dans les cryptes: celles-ci sont complètement remplies de mucus qui s'agglomère en masses solides homogènes, qui ont résisté à la pénétration du tissu conjonctif, mais sur lesquelles on trouve de nombreux amas bactériens.

OBSERVATION 74. — D. MALPAS et DE LOSTALOT: *Lancet*, 1911.

Homme de 70 ans. Une crise appendiculaire à 50 ans. A 69 ans nouvelle crise. A l'intervention, l'appendice perforé baigne dans des exsudats gélatiniformes accumulés dans le péritoine.

Appendice tapissé de mucus, oblitéré du côté cœcal mais perforation et continuité entre la cavité appendiculaire et l'exsudat péritonéal pseudo-myxomateux.

OBSERVATION 75. — H. HARTMANN et BINET: *Ann. gyn. et obstétr.*, mars-avril 1918.

Homme de 58 ans. Crises douloureuses dans la fosse iliaque droite depuis 5 à 6 ans. A la suite d'un syndrome péritonéal aigu (12 septembre 1912) localisé dans l'hypochondre droit, on est amené à examiner ce malade: il y a

de la fièvre, de la tuméfaction dans la région appendiculaire, de la matité correspondant à cette tuméfaction. Météorisme abdominal. On pense à un néoplasme iléo-cœcal avec péritonite réactionnelle ou à une appendicite.

Traitement d'attente purement médical.

Intervention le 8 octobre 1912, à la suite d'une nouvelle poussée douloureuse; on porte le diagnostic ferme d'appendicite.

A l'ouverture: masses gélatineuses s'échappant de l'abdomen. On croit à un néoplasme inextirpable. Fermeture immédiate. En décembre 1917 le malade se portait bien. De 1912 à 1917, cet homme a continué à souffrir de troubles gastro-intestinaux avec poussées de péritonite, puis peu à peu son état s'améliora.

OBSERVATION 76. — LEJARS: *Semaine médicale*, décembre 1912.

Homme de 45 ans. Quatre mois auparavant, en avril 1912, à la suite de crises appendiculaires, un chirurgien intervint. Une incision iliaque avait été pratiquée, mais on ne poursuivit pas dans la profondeur et l'appendice ne fut pas enlevé. Pas de cicatrisation; une fistule s'était établie; elle laissait écouler des grumeaux gélatineux.

M. LEJARS réintervient et il ouvre une grande cavité qui répondait à la face externe du cœcum et du côlon ascendant, cavité remplie par une gelée molle, transparente; il en évacue de quoi remplir les deux mains. Sans rechercher l'appendice, il ferme partiellement avec drainage. Guérison complète. L'examen histologique de quelques-uns des grumeaux gélatineux avait répondu: cancer du gros intestin.

OBSERVATION 77. — LEJARS: *Semaine médicale*, 1912.

Homme de 43 ans, opéré une première fois pour appendicite. L'appendicite n'était pas complètement refroidie; on ne pratiqua pas l'appendicectomie. Fermeture avec drainage. A la suite d'une nouvelle crise aiguë, M. LEJARS intervient pour la première fois. Liquide mucilagineux abondant, imprégnant la fosse iliaque et le cœcum. Epiploon recouvert « de vacuoles transparentes s'ouvrant au

moindre contact et donnant issue à une sorte de mucilage ». Appendice déclive, adhérent, flasque, large. Appendicectomie. Guérison.

OBSERVATION 78. — LEJARS: *Semaine médicale*, 1912.

Femme de 30 ans, opérée par M. LEJARS 6 ans auparavant d'une appendicite à froid, « dûment à froid, car la dernière crise douloureuse remontait à plus de 6 semaines. »

« Ouverture d'une poche glutineuse entourée d'une très mince pellicule membraneuse » évacuation de plusieurs cuillerées à bouche de gelée. Gros appendice kystique perforé. Guérison très simple.

OBSERVATION 79. — DELÉTREZ: *Académie Roy. méd. de Belgique*, 1913.

Femme de 58 ans. Dans la région cœco-appendiculaire, plastron rénitent, douloureux à la pression, constaté un mois auparavant. Des signes de péritonite localisée s'installent et on pense à un abcès appendiculaire.

Opération. — Liquide gélatineux, colloïde, sous forme de sphéroïdes, les uns isolés, les autres agglomérés en grappe, rappelant une môle hydatiforme (500 gr. environ). Appendice adhérent au cœcum et à l'épiploon, perforé à son extrémité et laissant perler en ce point un liquide gélatineux. Au cours de la libération pénible de l'appendice, on ouvre un petit foyer suppuré. Drainage pendant 8 jours: il donne issue à des masses colloïdes. Guérison en 21 jours.

OBSERVATION 80. — HAMMESPAAH: *Deutsch med. Woch.*, 1913.

Femme de 38 ans. Crise douloureuse appendiculaire en janvier 1913. Au niveau du cœcum, tumeur de la forme d'un rein, lisse, mobile. Intervention en mai 1913: appendice volumineux, 12 cm. de long sur 5 cm. de large, dur et lisse. Pas d'adhérences avec organes voisins, mais la tumeur est fusionnée à sa base avec le cœcum.

Résection; entéro-anostomose latérale. Guérison.

L'appendice était rempli d'une masse gélatineuse. Muqueuse blanche d'aspect leucoplasique.

OBSERVATION 81. — LEONTIEFF: *Roussky Vrach*, 1913.

Autopsie d'un homme de 60 ans mort d'artério-sclérose avec thrombose des artères mésentériques; on trouve dans la cavité abdominale, libres, au milieu des anses intestinales, deux amas, gros comme la main, de mucus jaunâtre transparent, situés l'un près de l'insertion cœcale de l'appendice, l'autre au fond du bassin. L'appendice a la forme d'une cerise. Sa lumière est fermée au niveau du cœcum. A son extrémité libre, on voit un diverticule, au sommet duquel se trouve un orifice à bords minces et réguliers.

Sa cavité est remplie de mucus.

OBSERVATION 82. — JOHN T. MOORE: *Trans. of the Southern surg and gyn. Soc.*, 1915.

Femme de 55 ans, chez laquelle a été porté le diagnostic de cancer iléo-cœcal probable.

On trouve, à l'intervention, le long du bord externe du côlon une masse gélatineuse s'écoulant de l'extrémité perforée de l'appendice. Résection du côlon ascendant et de la fin de l'iléon. Anastomose latéro-latérale. Guérison.

Examen de la pièce. — Masse de 9 cm. de long sur 2 à 4 cm. de large, fusionnée avec la paroi droite et un peu postérieure du côlon ascendant. C'est l'appendice dilaté, ouvert à son extrémité, au-dessous de laquelle on trouve une masse gélatineuse d'environ une cuillerée à soupe sortant de la perforation.

Au microscope, sclérose des tuniques musculaire et séreuse, chute presque complète de l'épithélium. Pas de cancer.

OBSERVATION 83. — MOORE: *Ibid.*

Fillette de 13 ans, appendicite avec abcès. Ablation d'un appendice perforé dans un abcès. Derrière le cœcum, il reste une partie épaisse que l'on abandonne. Drainage. Vers le cinquième jour, on remarque mêlées au pus, des masses gélatineuses (pseudo-mucine). Cet écoulement continue. La fièvre s'installe. Mort 6 semaines après l'opération.

OBSERVATION 84. — Fred WARREN BAILEY : *Southern. surg. and gynec. trans.*, 1915, 1916, p. 335.

Homme de 25 ans, opéré en novembre 1913 pour appendicite aiguë. Fistule à répétition. Réintervention 5 décembre 1914: débridement de la fistule qui contient du pus et des masses gélatineuses.

L'appendice est rétro-cœcal et adhérent; il repose sur un lit de masses gélatineuses qui recouvrent aussi la fin de l'iléon (70 gr. environ). Appendicectomie. Guérison.

Examen de la pièce. — Kyste gélatineux de l'appendice, communiquant par une petite perforation avec les masses gélatineuses intra-péritonéales.

La musculuse est épaissie, sclérosée. La muqueuse est conservée mais son épithélium est aplati.

OBSERVATION 85. — A. HARTMANN et BINET : *Ann. Gyn. et obstétr.*, mars-avril 1918, p. 73.

Femme de 45 ans. En 1900: crise d'appendicite. En 1917 constatation d'une tumeur du volume d'une grosse noix en dedans de l'épine iliaque antéro supérieure, n'entraînant aucun trouble fonctionnel grave.

Opération 6 juillet 1917. — Le cœcum est soulevé par une masse blanc jaunâtre recouverte d'un feuillet d'apparence séreuse se continuant avec le péritoine iliaque, faisant corps avec le fond et la partie postéro-latérale externe du cœcum. Au cours d'un essai de décollement de cette masse, apparaissent des amas gélatineux, jaunâtre, mêlés par places à des parties plus blanches ressemblant à de la pâte de guimauve très molle. La poche est vidée entièrement de son contenu gélatineux: l'appendice apparaît alors adhérent à la paroi postéro-latérale et au cœcum. L'appendice est augmenté de volume; à sa partie moyenne, une fente béante, large de 1 cm., longue de 2 cm. 5.

Réséction de la base cœcale, enfouissement, drainage, guérison.

Examen de la pièce. — Appendice long de 7 cm. de la taille d'un porte-plume de coloration rougeâtre. Il est

souple. A la partie postérieure, perforation complète de la paroi. Ulcération allongée à bords non indurés.

Au microscope. — Muqueuse en hyperfonctionnement. Les cellules glandulaires sont hautes, oblitérant la lumière de l'appendice, par leur accollement avec celles du côté opposé. Ces cellules présentent des vacuoles abondantes au pôle axial. Musculeuse normale. Les amas lymphoïdes de la sous-muqueuse sont un peu hypertrophiés.

La masse gélatineuse (200 cmc. environ) est une masse uniforme, sans organisation; elle n'est pas constituée par des kystes accolés.

Au microscope. — Masse formée de grands filaments dépourvus de noyaux, non organisés, disposés en travées irrégulières entre lesquelles se trouve un liquide d'œdème.

Examen chimique et biologique. — Cette masse gélatineuse est nettement alcaline, ne se modifiant pas par l'acide acétique ni par la chaleur; ne se dissolvant pas dans l'eau. Elle n'attaque que l'albumine de l'œuf mais digère l'amidon, cette digestion étant empêchée par l'action de la chaleur (ébullition).

OBSERVATION 86. — A. HARTMANN et BINET: *Ann. gyn. et obstétr.*, mars-avril 1918, p. 75.

Homme de 27 ans (tirailleur indigène), opéré une première fois à la suite de crises douloureuses violentes dans la partie droite du ventre. On pratique une coeliotomie et l'on aurait constaté un néoplasme du cœcum (8 août 1917). Cette tumeur persiste dans la région appendiculaire. L'état général est excellent.

Opération (26 septembre 1917. P^r HARTMANN). — Adhérences épiploïques au cœcum et à la paroi abdominale antérieure.

On libère le cœcum qui est fixé à la paroi abdominale postérieure: il donne la sensation d'une tumeur ferme, arrondie située dans sa cavité. Résection iléo-cœcale régulière avec fermeture des deux bouts et iléo-colostomie latérale. Pas de ganglions. Drainage du foyer cruenté qu'il limite en suturant le méso-iléo-cœco-colique à la lèvre interne de l'incision de la paroi. Fermeture en un plan au bronze. Guérison sans incidents.

Examen de la pièce. — L'iléon, le cœcum et le côlon sont ouverts. La muqueuse est saine mais la cavité cœcale a complètement disparu, le fond du cœcum étant refoulé par une tumeur extra-intestinale du volume d'une mandarine. Sur la partie antérieure de la convexité répondant à la tumeur, on voit la valvule de Gerlach, mais il est impossible d'insinuer un stylet dans l'appendice. La communication cœcale est oblitérée. En disséquant la pièce par sa face externe, on découvre un appendice très augmenté de volume, fluctuant, collé contre la paroi cœcale. A l'incision, il s'écoule une masse d'apparence myxomateuse. La face interne de cet appendice, a perdu son aspect de muqueuse: elle est lisse; à 1 cm. et demi de son extrémité, on voit une petite perforation qui conduit dans une poche arrondie également remplie de masses myxomateuses.

L'appendice communique en outre, avec deux diverticules: l'un situé sous la face intérieure du cœcum, l'autre sous la face interne, tous deux distendus par des masses gélatineuses.

Au microscope ces deux diverticules ont la même structure que le canal appendiculaire, tapissées de cellules hautes, caliciformes à noyau périphérique et dont la partie centrale est infiltrée de mucus.

Examen biologique. — La masse gélatineuse ne se dissout pas dans l'eau, ne se modifie pas sous l'influence de la chaleur et bleuit le tournesol. Elle ne se dissout pas si elle est traitée par l'eau de chaux, mais si on traite ensuite l'eau de chaux décantée et filtrée par quelques gouttes d'acide nitrique on provoque un trouble net. Ces réactions montrent que le mucus dont est remplie la cavité appendiculaire et ses deux diverticules est sous une forme coagulée et concrétée et qu'une partie est restée liquide ou soluble. L'extrait glyceriné de l'appendice ajouté à un lait de chaux dans lequel on avait placé une certaine quantité de la substance étudiée qu'on avait secondairement filtrée amène un trouble net. Le même extrait à la propriété identique sur une solution de mucine, préparée d'après la technique de H. ROYER. Il y a donc dans cet appendice, un ferment spécial, une *mucïnase*. Ces faits amènent à soutenir que le suc appen-

diculaire ne pouvant s'éliminer dans la cavité cœcale s'est accumulé dans l'appendice et dans les deux diverticules. La mucine de l'appendice, normalement liquide, s'est coagulée grâce à l'action de la mucinase appendiculaire, mise en évidence dans la pièce étudiée.

OBSERVATION 87. — E. et G. POTHERAT: *Bullet. et Mém. Soc. Chirur. Paris*, 30 octobre 1918, 19 février 1919.

Femme de 49 ans. Amaigrissement progressif.

Tumeur allongée, dure, irrégulière dans la fosse iliaque droite. On pense à une tumeur, maligne iléo-cœcale ou tout au moins à une tuberculose hypertrophique. Une purgation fait diminuer le volume de cette tumeur.

Intervention. — Appendice ressemblant à une grosse banane, légèrement incurvée sur son insertion mésentérique.

Il est diverticulaire: à 1 cm. 5 de son extrémité libre se détache un diverticule de même longueur. Ce bout distal paraît bifide.

Il est fluctuant et translucide.

Bout proximal sphéroïde, faisant une saillie régulière, en coupole du côté cœcal. Résection partielle du cœcum; entérorraphie secondaire: reconstitution du cœcum.

Examen de la pièce. — Le kyste appendiculaire présente un revêtement discontinu, des plus variables. En certains points, l'épithélium est complété de glandes de Lieberkuhn, en d'autres, il a complètement disparu et on trouve à sa place une couche irrégulière faite de débris lympho-conjonctifs, de filaments, de mucus et de cellules géantes, les unes du type épithélial, les autres du type lympho-conjonctif. On ne retrouve pas les follicules clos et d'une façon générale aucune trace du tissu lymphoïde organisé de l'appendice normal. Cette absence est à rapprocher de la distension extrême de l'organe et de la date ancienne des lésions. Le mucūs coagulé qui remplit la cavité kystique peut être rapporté aux cellules caliciformes. En de nombreux points, il s'est infiltré dans le chorion et dans la musculuse. Cette tunique musculaire est infiltrée d'un œdème considérable, mais on ne trouve en aucun point l'aspect d'hypertrophie véritable.

OBSERVATION 88. — HYVERNAUD : *Le pseudo-myxôme d'origine appendiculaire*. Th. de Paris 1920.

Homme de 60 ans. Entre d'urgence le 25 mars dans le service de M. le D^r RICHE avec tous les signes d'un phlegmon péri-néphritique droit. L'incision donne issue à du pus sterconal. Mort le 23 avril 1919, avec des signes d'infection très nets.

Autopsie. — Masses gélatineuses occupant le petit bassin et la fosse iliaque droite, masses adhérentes presque toutes au péritoine. Liquide gélatineux (un verre) non purulent. Adhérences de la région cœco-appendiculaire, la fixant à la paroi postérieure.

Examen. — Cœcum congestionné. L'appendice présente une perforation du diamètre d'une plume d'oie, siégeant au niveau de l'extrémité libre. L'ouverture du canal montre la disparition de la cavité appendiculaire avec la cavité cœcale.

Après avoir enlevé la pièce, on retire de l'abdomen environ cinq grandes cuillères à soupe de masses gélatineuses, formées de sortes de billes, soit isolées les unes des autres, soit agglutinées en grappe. Les unes sont libres dans la cavité péritonéale, les autres adhèrent à la paroi. Dimension de 1 à 2 cm. de diamètre.

A la coupe macroscopique, la bille gélatineuse se montre constituée par une zone périphérique jaune clair, transparente et par un centre blanchâtre d'où partent des stries irradiant vers la périphérie.

OBSERVATION 89. — GOLDSCHWEND : *In journal de chirurgie* 1910. In th. GOURSOLAS. Th. Lyon 1911 : « *Du pseudomyxôme du péritoine* ».

Homme de 54 ans, ayant eu plusieurs crises d'appendicite et opéré d'urgence pour une crise aiguë.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve dans la cavité péritonéale libre une grande quantité de substance gélatineuse rappelant celle que l'on rencontre dans les cas de kystes de l'ovaire, ouverts dans le péritoine. Appendicectomie. Drainage. Guérison.

Examen. — Appendice de 39 cm. de long sur 25 cm. de large ? On retrouve le point perforé.

OBSERVATION 90. — NAGER: *Zieglers Beiträge z. pathol. ant.* 1904,, XXXVI. *Semaine médicale*, 11 décembre 1912, p. 590. « Observation intitulée: *Lymphangioendothéliome kystique* ».

Homme de 65 ans. Depuis dix ans son ventre grossissait progressivement. Mort d'embolie pulmonaire.

A l'autopsie on trouva dans tout l'abdomen une multitude de cavités kystiques plus ou moins volumineuses à contenu gélatiniforme siégeant dans l'épiploon, entre les anses intestinales sur les côtés du mésentère. Pas de méstases viscérales ni ganglionnaires.

Examen histologique. — La paroi des kystes était soit dépourvue d'épithélium, soit revêtue d'un épithélium cubique ou cylindrique.

OBSERVATION 91. — POTHERAT: In *Bullet. et Mém. de la Société de Chirurgie*, t. XXXV, n° 1, 12 janvier 1909.

Homme robuste qui depuis plusieurs années se plaignait de douleurs abdominales vagues, qui deviennent de plus en plus vives, en même temps qu'apparaissait une tuméfaction diffuse de la fosse iliaque droite. On conclut au diagnostic *d'appendicite avec vaste abcès*.

A l'incision, écoulement d'une petite quantité de pus; mais toute la masse fluctuante était constituée par une matière gélatineuse (gelée de pommes).

La cachexie s'accrut graduellement. Trois mois et demi après l'intervention, une masse mollassse, sorte de fungus malin, sortait par l'incision abdominale, masse qui se prolongeait et s'élargissait dans l'intérieur de la fosse iliaque. La malade arrivé à l'extrême limite du dépérissement, succomba.

OBSERVATION 92. — NEUMANN, 1908.

Homme de 69 ans. Examiné à la suite d'une chute de trois étages on constate une tumeur occupant toute la

moitié droite de l'abdomen; tumeur allongée, oblongue partant de la 12^e côte au milieu de la ligne ombilico-pubienne s'étendant en largeur depuis le rebord costal inférieur jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Tumeur convexe, mate, de consistance élastique, tendue, mobile dans le sens transversal et longitudinal. Quatre jours plus tard ce malade présentant des phénomènes de péritonite; on pense à un hémato-me rétro- et intra-péritonéal suppuré et une laparotomie est pratiquée.

A l'ouverture de la tumeur, qui était recouverte par une lame épiploïque solidement adhérente, une grande quantité de masse opaque, gélatineuse s'en échappe.

A l'examen, cette substance présentait les caractères de la pseudo-mucine β de façon si identique à la pseudo-mucine β des kystes de l'ovaire, que le P^r BORUTTEAU, à qui, par hasard, on n'avait pas dit que la substance provenait d'un homme, porta le diagnostic de kystome de l'ovaire.

Le malade mourut de péritonite.

Autopsie. — Le D^r PICK établit que la tumeur n'était qu'un pseudo-kyste énorme de l'appendice.

Examen microscopique de la paroi du kyste. — Epais-sissement fibreux des couches pariétales formant un appendice normal; il n'y manque qu'un revêtement épithélial.

Il faut admettre que ce sujet, ayant près de 70 ans eut, il y a longtemps, une affection ayant amené l'oblitération totale de l'orifice appendiculaire et une rétention de la sécrétion produite par les glandes de Lieberkühn.

OBSERVATION 93. — Prof. Ernest KÜMMER (de Genève), membre correspondant de la Soc. nation. de chirurg. *Bullet. et Mém. de la Soc. nation. de chirurgie.* « *Un cas de maladie gélatineuse à siège rétro-péritonéal* ».

In extenso.

Un homme âgé de 66 ans est envoyé à la clinique chirurgicale de Genève pour suppuration dans le flanc droit. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Le

malade, autrefois en bonne santé, avait commencé depuis quelques années à perdre l'appétit et à maigrir. Il y a un an environ une tuméfaction douloureuse s'est développée dans le flanc droit. Jamais de crises douloureuses aiguës, ni de températures élevées. Deux incisions successives ont été pratiquées au niveau du flanc droit, en dehors de l'hôpital. Ces incisions auraient donné une grande quantité de pus. Deux fistules ont persisté depuis lors au-dessus de la crête iliaque droite. Un diagnostic précis ne paraît pas avoir été porté par le médecin traitant qui, cependant, aurait émis l'idée d'abcès froid vertébral.

En effet, à l'entrée du malade, l'apophyse épineuse de la 5^e lombaire est légèrement douloureuse à la pression; pas de douleur à la pression axiale. Dans la fosse iliaque droite, on sent une tuméfaction descendant jusqu'à la base du triangle de Scarpa, remontant vers le rein droit; tuméfaction douloureuse, fluctuante, à limites peu nettes; anorexie, constipation, mauvais état général.

Ce qui frappe surtout, c'est l'écoulement, par la fistule lombaire, d'une substance gélatineuse mélangée à du pus. Au microscope, on trouve des bâtonnets et des filaments amorphes. Le malade décline rapidement et meurt avec oligurie et symptômes d'urémie.

L'autopsie et l'examen microscopique des pièces furent pratiqués à l'Institut pathologique. Le Professeur ASKANAZY en a donné une description à la séance de la Société médicale de Genève du 2 février 1921. En voici un bref extrait:

Une fistule localisée dans le flanc droit se dirige vers la région rétro-péritonéale droite et se termine dans une cavité d'aspect inattendu. Cette poche rétro-péritonéale remonte le long du côlon ascendant, l'uretère et la moitié inférieure du rein droit; elle se rapproche de la région pré-vertébrale et s'étend le long du psoas. Le contenu de cette poche est représenté par une masse gélatino-vitreuse d'aspect pris-blanchâtre ou rosâtre. La paroi de la poche est tapissée d'une mince membrane pyogène; par places, le contenu est adhérent à la paroi qui envoie des traînées blanchâtres fibreuses dans la partie périphérique de l'amas gélatineux. Vu de la cavité péritonéale, l'appen-

dice long de 3 cm. environ, disparaît dans la région iléo-cœcale. Une sonde introduite dans la lumière de l'appendice pénètre facilement et passe directement dans la cavité rétro-péritonéale. A l'extrémité proximale, le canal appendiculaire est normal sur une longueur de 3 cm. environ; il se dilate brusquement à ce niveau et s'arrête à l'entrée de la cavité rétro-péritonéale où l'appendice apparaît comme amputé; il ne présente aucune trace de néoplasie, mais bien des signes d'ancienne hydropisie. Sur la paroi de la poche rétro-péritonéale, se trouvent des formations glandulaires et kystiques avec cellules caliciformes dont la sécrétion se confond avec le contenu gélatineux de la poche rétro-péritonéale. M. ASKANAZY conclut à une greffe, sur la paroi d'un ancien abcès appendiculaire, de cellules issues de l'appendice muco-kystique, cellules qui, à leur lieu d'implantation, ont conservé leur fonction mucipare.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

On a invoqué pour expliquer ces épanchements si curieux, des causes multiples sur lesquelles nous ne nous arrêterons guère. On a signalé l'hérédité cancéreuse (VIDAL), mais les cas sont encore trop peu nombreux pour que l'on puisse y voir, jusqu'à nouvel ordre, autre chose qu'une simple coïncidence; on a également signalé, comme toujours, les chutes, les blessures, la parturition; mais ce sont là, encore une fois, des causes trop banales qui ne sauraient être prises sérieusement en considération. Il en est de même de l'état d'activité génitale ou de la ménopause. Il est un fait qu'il faut cependant retenir c'est que, chez la femme, l'âge semble exercer une certaine influence sur les causes d'apparition. Des statistiques diverses qui ont pu être faites par les différents auteurs et du pourcentage que nous avons établi sur un nombre assez important d'observations, il relève nettement que c'est surtout entre 40 et 60 ans que la femme est la plus sujette à cette complication. GOURSOLAS, dans sa thèse du « Pseudo-myxôme du péritoine » (1911), donne les statistiques suivantes de STRASMANN basées sur 32 cas: dans 67,4 % des cas chez la femme entre 40 et 60 ans. Sur 29 cas :

27 étaient mariées, 2 célibataires et sur 12 cas il y avait: 1 multipare, 7 primipares et 4 multipares. D'après les observations que nous avons pu recueillir concernant les épanchements gélatineux du péritoine d'origine ovarienne (elles sont au nombre de 60), 51 fois l'âge était connu; sur ces 51 cas, 46 des malades étaient âgés de plus de 40 ans. La date d'apparition du phénomène coïncide à peu près avec la période de la ménopause; mais cette période est surtout celle où, chez la femme, les kystes de l'ovaire se développent avec le plus de fréquence, d'où l'existence possible de ces épanchements, la présence du kyste étant nécessaire et suffisante pour les expliquer.

En ce qui concerne les épanchements gélatineux d'origine appendiculaire, il semble que l'homme y soit plus disposé que la femme. Sur 35 observations que nous avons pu recueillir, 20 cas avaient trait à des malades hommes, 15 cas intéressaient des femmes. Sur les 20 premiers cas, 13 malades étaient âgés de plus de 40 ans. Il ne semble pas qu'il faille attacher ici une grande importance à l'âge du malade; le facteur âge joue d'une façon indépendante des lésions appendiculaires; la constitution des masses gélatineuses intra-péritonéales est en effet liée étroitement aux lésions anatomiques de l'appendice (kystes appendiculaires, appendicite) affections qui peuvent apparaître à toutes les périodes de l'existence.

Pendant longtemps la question de l'origine de ces épanchements demeura un problème insoluble. CRUVEILHIER, et après lui la plupart des auteurs qui ont écrit sur la question, considèrent cette affection comme étant une variété de cancer du péritoine à laquelle ils donnent le nom de colloïde. Certains faits, en particulier la marche envahissante de la maladie, sa gravité quelquefois exceptionnelle, la présence au mi-

lieu de la matière qui la compose d'un certain nombre des éléments que l'on retrouve dans le cancer, semblent leur donner raison. Mais CRUVEILHIER, frappé par les caractères particuliers de l'affection, par la marche si distincte de celle des autres tumeurs malignes, déclare que « si l'on voulait absolument comprendre cette dégénération gélatiniforme parmi les cancers, il faudrait dire que cette espèce de cancer constitue la forme la plus lente, la plus inoffensive des affections cancéreuses; qu'elle est aussi celle qui mérite au plus haut degré le nom de cancer local et qu'elle ne se révèle que par la tumeur ou par le trouble de la fonction dévolue à l'organe envahi; que la dégénération gélatiniforme se propage le plus souvent par voisinage et aussi par voie de communication le long des vaisseaux lymphatiques et qu'elle est de toutes les dégénérations celle qui reste le plus longtemps stationnaire. » Plus loin, CRUVEILHIER, renchérissant sur cette manière de voir, dit: « la dégénération gélatiniforme a une puissance d'infection beaucoup moindre que la dégénération cancéreuse et à ce point on pourrait la rapprocher de la transformation kysteuse des organes. C'est le moins vivant des tissus morbides; il est surtout moins vivant que le cancer dont la vitalité est comme on le sait considérable. »

D'autres auteurs ont voulu rattacher cette ascite gélatineuse à la péritonite: c'est sous le nom de péritonite colloïde que VIDAL, en 1884, publie une observation. GOSSELIN, à son tour, pense qu'il serait difficile d'affirmer si l'on a affaire à un carcinome colloïde ou à une forme de péritonite chronique, dans laquelle le tissu conjonctif aurait subi par place la dégénérescence colloïde. Les partisans de cette théorie se fondent sur ce fait déjà indiqué par CRUVEILHIER que les adhérences semblent favoriser la production de

cette matière gélatineuse et surtout sa propagation aux parties voisines. Cet argument paraît sans valeur à PEAN, qui pense « que la présence d'adhérences d'origine inflammatoire dans les séreuses comme dans beaucoup de tissus accidentels, favorise le développement de certaines productions morbides comme le cancer vrai ou la matière gélatiniforme, mais qu'il ne s'ensuit nullement que ces productions soient d'origine inflammatoire. »

PEAN entrevoit l'origine ovarienne, mais n'affirme pas d'une façon positive son opinion. « Frappé, dit-il, de l'analogie que l'on observe entre la maladie gélatineuse du péritoine et certains kystes gélatineux aréolaires, nous ne serions pas éloigné de considérer toutes ces maladies comme les variétés d'un même processus morbide. Il est certain qu'à première vue la ressemblance est difficile à admettre, puisque les kystes ont une membrane enveloppante manifeste, tandis que la matière gélatineuse que nous étudions paraît libre dans la cavité péritonéale; mais en examinant les choses de plus près sur un grand nombre de malades, on ne tarde pas à reconnaître que la différence est moindre qu'on ne le supposait d'abord. En effet, la résistance des membranes enveloppantes des kystes gélatineux aréolaires présente, suivant les malades, de grandes différences. Dans quelques cas, elles sont fermes et très apparentes, dans d'autres cas, elles sont d'une telle ténuité qu'elles se rompent à la moindre traction et que leur épaisseur n'égale pas celle d'une feuille de papier. Tout récemment encore, nous opérions une femme atteinte d'un kyste aréolaire de l'ovaire à contenu visqueux très épais et nous pouvions constater à côté des loges dont la paroi ne cédait pas sous l'influence de tractions énergiques, d'autres loges à parois friables, ayant l'épaisseur d'une mince pellicule d'oi-

gnon se déchirant avec la plus grande facilité. Quelques-unes de ces loges, disposées sous forme de kystes adventices, avaient une enveloppe tellement mince, qu'elles se distinguaient à peine du contenu et qu'elles se rompaient spontanément à l'air libre. D'autre part la matière colloïde est rarement dépourvue de tout vestige de membrane enveloppante; dans certaines variétés cette membrane offre même une certaine résistance; or, en comparant ces derniers cas avec les kystes à parois minces, on retrouve en quelque sorte tous les degrés qui séparent les extrêmes. Tel est le motif qui nous porte à admettre entre ces deux affections une similitude complète quant à leur nature, et à ne les considérer que comme appartenant à une même série morbide, dont les termes les plus éloignés sont tout à fait dissemblables. C'est là, du moins, une opinion que nous formulons sans en garantir la parfaite exactitude laissant aux observateurs futurs le soin de résoudre la question d'une manière plus positive.» (Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du petit bassin, tome I).

La preuve de l'origine ovarienne de l'affection ne fut faite que plus tard et aujourd'hui il y a lieu d'établir du point de vue étiologique deux grandes catégories d'épanchements gélatineux: ceux de cause ovarienne et ceux relevant d'une origine appendiculaire.

Le premier groupe résulte d'une collection intrapéritonéale de liquide gélatineux, à la suite d'une rupture ou de la fissuration d'un kyste ovarien, du type mucoïde. Certains auteurs pensent même que la présence seule d'un kyste non perforé suffit à expliquer l'ascite gélatineuse. Nous verrons plus loin, quand nous étudierons la pathogénie, ce que nous devons penser de cette opinion. Le second groupe d'épanche-

ments est consécutif à une rupture d'appendice kystique, d'un « mucocèle » appendiculaire. D'ailleurs ces deux origines, qui au premier abord paraissent si différentes l'une de l'autre, semblent se confondre : c'est du moins ce qu'il ressort des travaux de LECÈNE sur la question. Ces recherches toutes récentes ont fait l'objet d'une note à l'Académie des Sciences (16 juillet 1923), de la part de LECÈNE en collaboration avec M. H. BIERRY, de Marseille ; ces épanchements doivent être considérés comme étant le résultat d'une sécrétion de cellules épithéliales caliciformes qui se trouvent à la fois dans l'épithélium de revêtement des kystes mucoïdes ovariens et dans l'épithélium des productions kystiques appendiculaires. Les analogies semblent parfaites entre ces deux séries cellulaires, tant du point de vue morphologique, que du point de vue histo-physiologique et chimique, comme d'ailleurs nous l'exposerons dans la suite. Et LECÈNE conclut, « qu'une seule hypothèse paraît présenter quelque vraisemblances pour expliquer la présence dans les kystes mucoïdes ovariens de cellules épithéliales qui entrent normalement dans la constitution de la glande ovarienne, c'est l'hypothèse qui rattache ces cellules épithéliales à celles de l'endoderme fœtal. » LECÈNE apporte d'ailleurs à l'appui de cette théorie des preuves qui semblent irréfutables, notamment la présence d'invertine ou sucrase dans la paroi même des kystes mucoïdes de l'ovaire. Or, cette diastase est spécifique de la muqueuse intestinale ; la présence de cette diastase caractéristique dans les cellules de revêtement endokystique ovarien ne peut s'expliquer que par une évolution tératologique de l'endoderme fœtal, de même que l'évolution tératologique de l'ectoderme fœtal permet d'interpréter raisonnablement l'origine des kystes dermoïdes de l'ovai-

re. Le rapprochement semble donc assez étroit entre ces kystes mucoïdes de l'ovaire et les « mucocèles » appendiculaires, à tel point qu'en bonne nosographie, d'après LECÈNE, il faudrait donner aux kystes mucoïdes ovariens, le nom de « *kystes entéroïdes* ». D'ailleurs ce produit secrété par les mucocèles appendiculaires et les « kystes entéroïdes » est absolument identique au point de vue aspect, composition chimique et histologie; seule est différente leur origine anatomique. Nous verrons d'ailleurs comment on peut expliquer au point de vue pathogénique la formation et l'évolution intra-péritonéale de ces épanchements gélatineux.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

I. — Épanchements gélatineux d'origine ovarienne.

La symptomatologie de ces épanchements est assez décevante. Il n'existe pas en effet de signes véritablement pathognomoniques de l'affection et le tableau réalisé emprunte sa symptomatologie à l'aspect clinique qu'on retrouve dans les kystes de l'ovaire ou dans l'ascite. Ces épanchements constituent, d'ailleurs, un terme intermédiaire à ces deux affections : ils tiennent des kystes de l'ovaire par le demi-enkystement des masses gélatineuses et ils rappellent l'ascite par la facilité avec laquelle ces masses peuvent se répandre et se mobiliser dans toute la cavité péritonéale. On conçoit que, dans ces conditions, le chirurgien soit conduit à hésiter et que son diagnostic ne puisse guère reposer que sur une impression clinique faite surtout de nuances.

Les débuts de ces épanchements intra-péritonéaux ne possèdent pas des caractères immuables permet-

tant d'aiguiller d'emblée le médecin sur un diagnostic précis.

Le plus souvent, il existe dans l'anamnèse la notion de présence d'un kyste ovarien dont l'évolution ne s'est pas faite sans attirer l'attention de la malade. Soit spontanément, soit à l'occasion d'un traumatisme, la malade constate la disparition de cette tumeur primitive qui pointait sous les téguments dans un flanc ou sur la ligne médiane. Mais aussitôt après, cette malade note une augmentation nouvelle de son ventre. L'abdomen change de forme; ce n'est plus le «-ventre en obus» classique, mais une distension massive, uniforme qui, dans la suite, augmente d'une manière progressive et continue. Ce phénomène est dû à la rupture du kyste qui a épanché secondairement son contenu dans la cavité péritonéale. Cette rupture, à forme d'inondation péritonéale, s'accompagne en général d'une douleur vive, qui marque la « *phase de surprise péritonéale* » comme le dit notre Maître M. le Professeur FERRARI.

Mais il arrive assez souvent que ces épanchements prennent naissance sans que la malade accuse de douleur, le kyste ovarien ayant cependant depuis longtemps manifesté sa présence.

Plusieurs cas sont alors à envisager :

1° La malade peut noter brusquement la disparition de la tumeur qui l'inquiétait; mais l'abdomen affecte une forme nouvelle: il est aplati et la masse qui en occupait la partie médiane s'est étalée dans les flancs. Il s'agit ici d'une rupture de kyste de l'ovaire, avec inondation péritonéale, complètement indolore: ces cas sont rares.

2° La rupture peut se faire avec une extrême lenteur, en plusieurs temps. L'orifice est: ou bien très petit, ou bien mal placé, ou encore en rapport avec

une végétation intrakystique, qui vient de temps en temps l'oblitérer, ne permettant à l'épanchement de se constituer que par à coups. Les symptômes douloureux dans ce cas n'existent pas.

3° On peut se trouver en présence de tumeurs polykystiques, multiloculaires, aréolaires, présentant ou non des végétations extérieures. Il s'agit ici de poches moyennes, ou petites, qui se perforent insidieusement, plus ou moins sournoisement, à intervalles plus ou moins rapprochés; le liquide gélatineux va s'épancher dans le péritoine; il n'y aura pas de symptômes immédiats, aucune réaction péritonéale; mais, peu de temps après, l'épanchement va traduire sa présence par des signes indéniables; c'est un véritable épanchement à répétition. QUÉNU: « De l'ascite dans les tumeurs abdominales ». *Revue de chirurgie*, 1886, p. 265.

4° Enfin ces épanchements à début insidieux, sans épisode douloureux semblent aussi être le fait des kystes végétants qui procèdent de proche en proche, par greffes successives (Obs. de M. le Dr VERGOZ, n° 57).

Mais il peut arriver que la notion de kyste puisse être impossible à retenir dans les anamnétiques. L'épanchement s'installe très insidieusement à l'insu de la malade qui, jusque là, n'avait rien remarqué d'anormal. L'affection s'annonce par des douleurs sourdes, gravatives, ou par des coliques circonscrites dans le bas ventre. Ces douleurs peu intenses et toujours intermittentes, ne tardent pas à devenir insupportables et sont séparées tout au plus par de légères rémissions (PEAN). Les douleurs peuvent être moins intenses ou même manquer tout à fait.

Seule l'augmentation de volume du ventre est le premier symptôme de début véritablement important

à retenir On voit apparaître dans l'abdomen une tumeur qui peut être circonscrite, dure, mobile, douloureuse à la pression. Son siège est variable: il correspond à l'une des fosses iliaques, à l'un des hypocondres, ou à la région ombilicale suivant que le produit gélatineux prend son origine vers le petit bassin, le foie, la rate, ou l'épiploon. Il peut se faire qu'après l'apparition d'une tumeur en un point déterminé, il s'en produise une seconde plus loin, séparée de la première par un espace d'étendue variable. C'est là un symptôme qui indique que la « maladie » a plusieurs points d'origine, mais qui ne modifie pas sa marche ultérieure, les deux tumeurs ne tardant pas à se réunir en une seule, à la suite de leurs progrès réciproques. Cette augmentation de volume du ventre semble se faire par intermittences: elle est coupée par des périodes de stabilisation, auxquelles font suite de nouvelles poussées d'accroissement. On a pu noter qu'à cette époque apparaissaient des troubles abdominaux variables, liés au développement de cette masse tumorale; ce sont des vomissements bilieux ou alimentaires, de la diarrhée ou de la constipation. La malade éprouve une sensation de pesanteur qui s'accompagne de ténésme vésical et rectal ou même de rétention d'urine. Ces signes sont assez inconstants et ne se retrouvent pas dans tous les cas.

Le plus souvent, c'est à la *période d'état*, qu'on aura l'occasion de se trouver en présence de ces épanchements; le tableau rappelle absolument celui d'une ascite; le ventre qui s'est accru graduellement de volume présente alors un développement considérable, beaucoup plus peut-être qu'une ascite. Il est tendu à l'extrême, la peau est luisante, amincie, la cicatrice ombilicale étalée, de grosses veines turgescents sil-

lonnent les parois abdominales, témoignant d'une circulation collatérale très importante. Cette circulation collatérale est strictement sus-ombilicale: c'est une circulation complémentaire porto-cave. Les flancs sont élargis, débordants, et l'abdomen peut même recouvrir la racine des cuisses, en retombant au-devant d'elles, à la manière d'un tablier: ventre en besace (Obs. 58).

La palpation est rendue très difficile par l'état de tension extrême de l'abdomen. Les diverses régions de l'abdomen offrent une consistance homogène, sans aucune bosselure. La tumeur est élastique et partout d'une égale résistance. « La fluctuation est nette et se perçoit sous l'influence du moindre attouchement. Elle est très superficielle, c'est même un signe que VIDAL considère comme spécial. Au plus léger choc imprimé à l'abdomen, on voit et l'on sent de larges ondulations qui se transmettent comme un véritable flot d'un côté à l'autre de l'abdomen dans quelque direction que ce soit. La malade elle-même perçoit très bien ces ondulations et il lui semble, lorsqu'elle se retourne dans son lit, que le liquide se meut dans son ventre. Ce phénomène s'explique dans une certaine mesure par le fait que la matière gélatineuse n'est pas maintenue par une poche résistante: il est donc important d'en tenir compte; toutefois, il ne faudrait pas y attacher une importance exagérée. Chez quelques-unes de nos malades, la sensation de flot à distance était au contraire beaucoup moindre que dans l'ascite et cela se comprend plus facilement puisque le liquide a moins de fluidité. » (PEAN. Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du petit bassin). Cette sensation de flot paraît très inconstante et peu nette à certains auteurs. GOURSOLAS, dans sa thèse, écrit « que la sensation de flot à distance est le plus souvent absen-

te. » Cette affirmation nous semble exagérée; dans les trois cas que nous citons (n^{os} 56, 57, 58), le flot existait, très net, et dans la plus grande partie des observations que nous avons rapportées, il fait partie du cortège symptomatique de ces épanchements. OLSHAUSEN avait observé dans un cas d'épanchement gélatineux de faible abondance, un bruit et une sensation de froissement qu'il avait proposé de dénommer « *le froissement colloïde* ». Il était dû au déplacement et à l'écrasement par la palpation des masses gélatineuses, ayant fait irruption de la poche kystique. Cette sensation, d'après OLSHAUSEN, est facile à distinguer du frottement dû aux adhérences, mais malheureusement ce signe n'existe pas toujours: il est impossible de le rechercher lorsque la distension abdominale est extrême et, d'autre part, s'il existe, il n'a rien de spécifique. OLSHAUSEN lui-même, dit qu'on peut l'observer également dans les kystes non rompus. Il est dû alors au passage des mêmes masses gélatineuses d'une cavité dans une autre par un orifice de communication étroit et à la présence dans le voisinage de ce point, d'anses intestinales qui entrent en vibration. Lors donc qu'on voit apparaître ce symptôme, on ne peut en conclure que la tumeur s'est rompue, car on peut aussi admettre qu'une communication vient de s'établir entre deux cavités kystiques voisines.

La percussion révèle une matité nette sur toute l'étendue de la tumeur, moins franche dans les parties déclives. Cette matité se différencie cependant de celle de l'ascite ordinaire par quelques points de détail. La matité se déplace, en effet, moins facilement dans les mouvements imprimés au tronc et il faut pour constater ce déplacement dans les décubitus latéraux, maintenir quelques instants le malade dans la position qu'on lui imprime. D'autre part, la matité des deux

flancs qui est si nette dans l'ascite ordinaire peut faire défaut. Cette double particularité s'explique par la viscosité spéciale du liquide qui gêne son déplacement, empêche les intestins de surnager vers les parties supérieures, les emprisonne dans les parties déclives de l'abdomen, dans les flancs (PEAN) ou les plaque contre la paroi abdominale postérieure; on retrouve en cet endroit le paquet des anses intestinales agglutinées, recouvert par une quantité considérable de ce liquide visqueux, qui « déplace la masse intestinale sous-jacente comme s'il était lui-même une tumeur » (MATHEWS DUNCAN). Cette sonorité des flancs mérite à notre avis d'être recherchée car elle est susceptible de guider le clinicien dans l'établissement de son diagnostic. Si elle existait dans tous les cas, on pourrait presque la considérer comme un signe pathognomonique.

La percussion permet quelquefois d'enregistrer une impression tactile particulière: un « *tremblotement* » spécial que peut faire soupçonner la présence d'une masse molle, signe qui n'est pas fourni par la percussion d'une ascite ordinaire. Mais il s'agit là d'un signe encore inconstant, dont la recherche réclame une grande habitude, et qu'il faudra distinguer du frémissement hydatique; nous en reparlerons, d'ailleurs, au chapitre du Diagnostic.

Dans certains cas, on peut avoir une sensation de « *ballotement* », subordonnée d'ailleurs au volume de l'épanchement et à la tension de la paroi abdominale; la main qui déprime un peu brusquement la paroi, reçoit le choc d'une masse plus ou moins dure, qui paraît flotter librement dans le liquide où elle baigne. C'est aussi « *le choc par contre coup* » décrit par CRUVEILHIER. Cette sensation peut être recueillie au niveau de la masse kystique, si toutefois l'état de tension de

l'abdomen permet cette manœuvre: quand il existe, ce signe peut laisser soupçonner la présence d'un kyste de l'ovaire.

* Les renseignements apportés par le *toucher vaginal* ne sont guère plus précis; quand l'examen est possible, on peut sentir par le toucher un utérus incliné du côté opposé à la masse kystique dont on pourra reconnaître la forme, la consistance et les rapports. Si les ligaments utérins sont relâchés, et si l'ascite est très importante, le corps utérin est abaissé (SCANZONI: *Traité des maladies sexuelles de la femme* 1878, p. 379). Les culs-de-sac vaginaux sont également refoulés par une masse molle et élastique, consistance spéciale que l'on percevra bien au doigt. Mais cet examen des voies génitales sera quelquefois rendu impossible par l'état œdémateux de la vulve et des voies vaginales ou par un prolapsus qu'il est quelquefois très difficile de réduire. MACAN a rapporté l'observation d'une femme qui portait un épanchement gélatineux si considérable que le vagin était entièrement prolapsé. TRIPIER (*Archives générales de Médecine*, 1879, p. 470), cite le cas d'une malade qui portait avec un prolapsus complet de l'utérus, une cystocèle et une rectocèle vaginales ne permettant pas l'exploration par le vagin. VALAT (in th. GOURSOLAS) parle d'un prolapsus utérin avec cystocèle: tout l'utérus et une partie de la vessie étaient au dehors de l'orifice vulvaire. Dans notre observation n° 58, la malade portait une rectocèle vaginale volumineuse qui gênait le toucher. Ces phénomènes sont dus à l'accumulation dans le petit bassin, des masses gélatineuses, qui tendent à repousser les organes qui y sont contenus.

On conçoit sans peine que ces épanchements n'évoluent pas sans avoir une répercussion fâcheuse sur l'état général. A la période d'état de l'affection, où

l'épanchement ne fait qu'augmenter de volume, les *symptômes subjectifs* sont assez marqués. Ils consistent en des douleurs qui peuvent être rapportées soit à la distension abdominale intermittente, dont les poussées d'accroissement semblent correspondre aux époques menstruelles, soit à des lésions de péritonite, engendrant des adhérences. Ce sont aussi des troubles digestifs variables : vomissements, alternatives de diarrhée et de constipation, anorexie. Mais ce qui frappe chez ces malades, c'est un amaigrissement très marqué, qui semble limité au tiers supérieur du corps : la face, le thorax et les membres supérieurs complètement décharnés offrent un contraste frappant avec le ventre énorme, la tuméfaction extrême des cuisses et des jambes qui présentent un aspect pseudo-éléphantiasique. Cet œdème des parois de l'abdomen, des organes génitaux externes et des membres inférieurs est un œdème de compression, par la masse tumorale, que constitue l'épanchement gélatineux, gênant la circulation de retour. Ce qui le prouve, d'ailleurs, c'est que cet œdème qui est le plus accentué lors des périodes de distension exagérée du ventre, disparaît après l'intervention, lorsqu'on a procédé à l'évacuation du produit qui emplit tout le péritoine (Obs. 58). Des troubles dyspnéiques ou des phénomènes d'insuffisance cardiaque fonctionnelle peuvent même quelquefois se surajouter aux symptômes subjectifs précédents (Obs. 26). La malade, complètement impotente, condamnée au lit, arrive ainsi à la période terminale ; l'émaciation est extrême ; son visage rappelle le facies ovarien, bien décrit par SPENCER WELLS, l'état général périclité de plus en plus. La terminaison fatale se produit dans un état rappelant la cachexie cancéreuse. Cette intoxication générale de l'organisme montre que l'affection a une grande parenté avec les tumeurs malignes ;

cependant, il semble que la terminaison ultime se produise ici avec beaucoup plus de lenteur que dans une affection cancéreuse véritable, en raison du peu de tendance que possèdent, en général, ces épanchements de se propager et de se généraliser à la manière d'un néoplasme.

II. — Épanchements gélatineux d'origine appendiculaire.

La symptomatologie de ces épanchements est non moins obscure que celle des épanchements d'origine ovarienne.

Dans aucun des cas publiés, le diagnostic ne fut porté avant l'intervention chirurgicale car ce sont toujours les signes de l'appendicite qui dominèrent le tableau clinique; ces appendicites qui sont suivies de perforation n'ont pas de symptomatologie propre à la rupture du kyste.

D'ailleurs le péritoine tolère ces épanchements et l'absence de réaction inflammatoire, la formation probablement lente de la perforation ne peuvent faire naître des phénomènes bien caractéristiques. Dans les appendicites à répétition, la rupture a pu se produire lors d'une crise, sans qu'on puisse affirmer toutefois que la crise a été de ce fait plus intense. Ce n'est qu'après la disparition des phénomènes inflammatoires (quelquefois très longtemps après) qu'on découvre à la palpation une tumeur plus ou moins volumineuse dans la fosse iliaque droite; elle correspond à l'endroit où s'est amassé en plus grande partie le produit muqueux. Lorsque de petites sphérules se trouvent répandues dans la cavité abdominale ou au voisinage

d'organes éloignés, elles ne sont pas accessibles à la palpation. Cette tumeur qui siège dans la fosse iliaque droite atteint un volume variable: la grosseur d'une noix (Obs. de CHAVANNAZ, n° 68), la paume d'une petite main (NEUMANN, obs. n° 67), une grosse masse (TROTTIER, n° 71), la grosseur d'un poing (CRAMER). Dans un cas de NEUMANN, la tumeur atteignait des dimensions relativement considérables; elle envahissait la plus grande partie du flanc droit. Cette masse ne contracte aucune adhérence avec les plans superficiels, et généralement il existe de la mobilité profonde. Elle serait, du reste, d'une consistance particulière: molle, dépressible, finement crépitante (LEJARS). Cette « tumeur » iliaque, persistante, plus ou moins volumineuse, indolente, contraste avec l'absence de tout accident fonctionnel important et la date lointaine des accidents fébriles. La présence de ces masses gélatineuses dans la fosse iliaque n'entraîne, en effet, pas de compression du côté du cœcum et de l'iléon et si l'on note de la constipation, celle-ci est due soit à l'appendicite chronique persistante, soit à une typhlite, à une typhlocôlite qui accompagnent ou suivent les crises aiguës. (Mme MERCIER-BELLEVUE).

Ces épanchements gélatineux se présentant la plupart du temps, avec les apparences d'une appendicite, c'est au cours d'une opération pour appendicite à chaud, ou plus souvent à froid, qu'on en fait fortuitement la découverte.

Mais, cependant, cet épanchement peut parfois exister sans avoir jamais amené de phénomènes réactionnels du côté du péritoine, lorsque l'appendicite kystique s'est constituée d'emblée, sans inflammation appréciable. Les glandes muqueuses de l'appendice ont hypersécrété, le kyste s'est constitué, les tuniques se sont rompues et le contenu appendiculaire s'est répan-

du dans la cavité péritonéale. Comme, il n'y a eu aucune infection, la formation de la tumeur est passée complètement inaperçue. Cette tumeur peut évoluer ainsi pendant de longues années, le péritoine tolérant parfaitement sa présence.

Dans ces épanchements gélatineux, sans histoire clinique particulière, c'est le hasard qui fera découvrir une masse bien limitée dans la fosse iliaque droite et divers diagnostics seront passés successivement en revue sans qu'aucun ne satisfasse réellement l'esprit. Le diagnostic ne sera le plus souvent réellement établi que si le chirurgien tente l'incision exploratrice. Ce pourra être aussi une trouvaille d'autopsie: tel est le cas de FRAENCKEL (Obs. n° 61).

Enfin chez la femme, ces épanchements d'origine appendiculaire, par leur abondance et leur diffusion, peuvent parfois simuler une rupture de kyste de l'ovaire ou une ascite. Il sera bon d'être averti de l'existence possible de ces cas, qui pourront aider le chirurgien dans la conduite du diagnostic.

En résumé, on peut, au point de vue symptomatologique, diviser l'évolution des épanchements gélatineux du péritoine en quatre périodes.

1° La première période ou « *période prémonitoire* » est caractérisée par l'existence d'un kyste ovarien reconnu ou non. ou d'une appendicite revêtant le tableau clinique d'une appendicite chronique. C'est une période qu'il convient de rechercher dans les antécédents de la malade pour poser un diagnostic sinon précis, tout au moins probable.

2° La seconde période débute avec une phase de « *surprise péritonéale* » et l'épanchement se constitue. L'épisode douloureux peut passer inaperçu; quand il existe, son intensité est des plus variables: c'est une

douleur vive en « coup de poignard », ou au contraire des coliques plus ou moins vagues, survenant à des intervalles irréguliers, coïncidant chaque fois avec une nouvelle augmentation du volume de l'abdomen.

3° A la troisième période ou « *période d'état* » l'épanchement péritonéal est définitivement constitué, avec tous les signes qui, théoriquement, permettent de le reconnaître.

4° La dernière période ou « *période terminale* » est celle des troubles mécaniques : gêne circulatoire, dyspnée et œdèmes de compression, troubles cardiaques. La cachexie progresse et la mort emporte le malade.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. Ces épanchements gélatineux reconnaissent le plus souvent une origine ovarienne, nous ferons débiter ce chapitre par quelques considérations anatomo-pathologiques concernant les kystes de l'ovaire. Toutes les variétés de kystes de l'ovaire sont susceptibles de donner naissance à ces épanchements: les kystes mucoïdes ou kystes glandulaires simples, les tumeurs végétales de l'ovaire et même les kystes dermoïdes.

Les *kystes mucoïdes* de l'ovaire sont des tumeurs liquides épithéliales qui sont connus en pathologie sous des noms divers: épithéliomas mucoïdes de MALLASSEZ, cysto-épithéliomes de QUENU, ou kystes prolifères de POZZI, ou encore kystes pseudo-mucineux de PFANNENSTIEL, depuis que HAMMARSTEN a décelé, dans leur contenu, la présence d'une substance glycoprotéique à laquelle il a donné le nom de pseudomucine.

Ces kystes sont en général multiloculaires, à parois épaisses, fibreuses, résistantes ou, au contraire, très fines comme une mince pellicule d'oignon se déchirant très facilement. Ils sont subdivisés par des cloisons très minces, parfois perforées, à surface lisse. Ces cloisons délimitent des loges, le plus souvent multiples. Mais il peut se faire que ces poches soient peu nombreuses;

probablement à la suite de l'augmentation progressive de leur volume sous l'influence de la sécrétion des cellules du revêtement interne, les différentes cloisons se déchirent, réduisant ainsi le nombre des loges : le kyste est dit alors pauciloculaire. En continuant à évoluer, on peut arriver au kyste uniloculaire, cliniquement assez fréquent, mais n'existant pas au point de vue anatomo-pathologique, car à côté d'une grande poche, on retrouve toujours quelques petits kystes à la surface interne de sa paroi ou dans son épaisseur.

Ces kystes ont un revêtement interne constitué par une seule assise de hautes cellules cylindriques, très souvent caliciformes, contenant des boules de mucus et disposées en papilles arborescentes, centrées par un axe conjonctivo-vasculaire grêle. Ces cellules reposent sur une trame hyaline qui paraît assez dense, mais qui contient, cependant, des éléments figurés représentés par de nombreuses cellules et de fines fibrilles. Cet épithélium cylindrique, en certains points, se déprime en cryptes d'aspect glandulaire; ailleurs, il se soulève sur des papilles disposées en bouquet. Il dégénère assez vite, disparaît par place et tombe dans la cavité du kyste où se retrouvent les cellules au milieu de la substance muqueuse qui l'emplit.

Ces kystes ne semblent pas être la signification de tumeurs du tissu épithélial ovarien; en effet pour LECÈNE (note à l'Académie des Sciences, 16 juillet 1923) « les cellules épithéliales qui constituent leur revêtement interne n'ont aucun rapport morphologique avec les cellules épithéliales qui entrent normalement dans la constitution de la glande ovarienne » et il paraît tout à fait impossible de les rapprocher soit des cellules de l'épithélium germinatif, soit de celles de la paroi des follicules de DE GRAAF; pour LECÈNE une seule hypothèse semble présenter quelque vrai-

semblance: « C'est celle qui rattache les cellules épithéliales à celles de l'endoderme fœtal. » Il lui était difficile d'établir l'origine endodermique des kystes mucoïdes de l'ovaire en rapprochant simplement ces tumeurs des kystes dermoïdes du même organe qui représenteraient le produit de l'évolution des cellules de l'ectoderme fœtal. Aussi pour aborder ce problème de la signification véritable du revêtement des kystes mucoïdes de l'ovaire, LECÈNE a cherché si la paroi des kystes mucoïdes ne pouvait pas contenir des diastases qui ne se rencontrent que dans les cellules de l'intestin, et en particulier d'une diastase caractéristique, la sucrase. Cette diastase, comme l'ont montré BIERRY et FROIN, n'existe que dans les cellules de la muqueuse intestinale, et BIERRY et PERMILLIEUX avaient établi dès 1903, qu'elle est déjà présente dans l'intestin grêle aseptique du fœtus avant la naissance. De minutieuses expériences de chimie biologique, faites en collaboration avec M. BIERRY, de Marseille, ont vérifié pleinement l'hypothèse de LECÈNE. En partant de macérations faites avec des fragments de la paroi de deux kystes mucoïdes typiques de l'ovaire, récemment opérés, il a mis en évidence la présence d'une sucrase active qui dédoublait en 48 heures de 60 à 80 % de saccharose ajoutée aux macérations à la concentration de 2 à 4 %.

Cette sucrase, d'après LECÈNE, était aussi active que celle des muqueuses intestinales du fœtus. La contre-épreuve fut faite avec la paroi de deux autres kystes de l'ovaire, kystes à contenu clair, séreux, tapissés d'un revêtement épithélial cubique nullement caliciforme et qui n'avait aucun rapport morphologique avec celui des kystes mucoïdes. Dans aucune des macérations préparées à partir de ces kystes et suivant la

même technique. LECÈNE put mettre en évidence la sucrase. La preuve semble donc faite de l'origine des kystes mucoïdes, qu'il faut rattacher à une évolution tératologique de l'endoderme fœtal et pour lesquels LECÈNE a proposé une dénomination très logique: celle de « kystes entéroïdes ».

Le contenu de ces kystes, produit de la sécrétion des cellules caliciformes qui constituent leur revêtement interne, est un liquide gélatineux, très épais, constituant une masse cohérente et tremblotante, à peu près impossible à évacuer au trocart. Sous l'influence de l'hypersécrétion des éléments cellulaires il se fait une mise en tension progressive du kyste, qui arrive bientôt à la limite de la rupture. C'est alors qu'à la suite d'un traumatisme (ponction, chute, coups portés sur l'abdomen) ou spontanément, à la suite d'une poussée d'œdème du contenu gélatineux par torsion partielle du pédicule kystique, à la suite d'une hémorragie dans le kyste, la rupture se produit, favorisée par l'altération de la paroi kystique qui est pauvre en fibres élastiques, mal nourrie, ou qui, même, peut être envahie par un processus néoplasique. Cette rupture amène une véritable inondation péritonéale. Mais il arrive aussi que l'épanchement se constitue insidieusement soit à la suite de petites ruptures successives du kyste, soit même consécutivement à une fissure très petite qui peut disparaître ensuite sous des adhérences. La réparation s'étant faite complètement on n'en voit plus trace et ce sont ces cas de ruptures partielles passées complètement inaperçues qui ont pu faire penser à certains auteurs qu'il s'agissait là d'une « maladie » primitive du péritoine, indépendante de la tumeur ovarienne. Cette première catégorie d'épanchements est de pronostic en général favorable. Ils reconnaissent en effet comme origine, des tumeurs kystiques bénignes:

le liquide épanché ne contient pas d'éléments cancéreux et les greffes malignes ne sont en général pas à craindre; cependant, il est intéressant de noter que l'on a pu constater quelquefois, des métastases véritablement cancéreuses, alors même que les tumeurs en cause étaient considérées comme devant être des tumeurs à évolution bénigne. Nous rapportons, en effet, dans nos observations deux cas, qui sont, à ce point de vue, tout à fait instructifs.

Le premier cas (n° 4 de nos observations) est dû à BAUMGARTEN qui publia son observation sous le titre de « kyste simple de l'ovaire avec métastase ». Au moment de la publication de BAUMGARTEN, en 1882, ce cas de kyste mucoïde glandulaire simple de l'ovaire avec métastase semble unique. Il constitue un échelon dans la liste des observations qui attaquent la bénignité absolue (incapacité de métastase) des tumeurs dites homologues ou homotypiques. Comme suite à cette première observation, BAUMGARTEN cite que le conseiller privé DOHRN, de la clinique de Marburg, dit avoir opéré deux cas semblables, caractérisés par l'existence de kystes mucoïdes du type glandulaire ordinaire avec productions kystiques secondaires siégeant dans le péritoine et les parois abdominales, tout à fait identiques à celles que BAUMGARTEN signale dans son observation. Mais, chez ces deux femmes il n'y eut aucune suite fatale.

Le deuxième cas (n° 5 de nos observations) est rapporté par SCHLEGTENDAL. Cette observation date de 1885 et à ce propos voici ce que dit l'auteur: « Ce cas se rangerait simplement, à côté des cas souvent cités et décrits de kystes mucoïdes (myxoïde kystom) métastatiques, si l'examen microscopique n'avait pas fait reconnaître, chose extrêmement rare, un kyste glandulaire simple (einfaches glandulaires kystom). Ce

serait donc le second cas bien constaté de kyste simple malin de l'ovaire. La possibilité de métastase sur le péritoine, comme pour la première fois, il y a dix ans, ne fut admise pendant longtemps que pour les kystes mucoïdes papillaires. BAUMGARTEN a le premier publié in-extenso, dans les Archives de Virchow (t. 97), une observation de généralisation après l'extirpation d'un kyste glandulaire simple. A côté de cette publication se rangerait immédiatement le cas que nous venons d'examiner. » Il est très rare, cependant, de constater pareille évolution maligne, à la suite de la rupture d'un kyste mucoïde simple. C'est plutôt le fait des tumeurs végétantes de l'ovaire qui peuvent donner naissance, elles aussi, à une ascite gélatineuse; dans ce cas particulier l'épanchement récidive toujours à la suite de métastases, de greffes cancéreuses multiples, sur le péritoine viscéral et pariétal, l'épiploon, les organes intra-abdominaux et endo-pelviens. L'évolution, le plus souvent fatale, suit la marche des cancers.

Les tumeurs végétantes en cause sont d'abord les *kystes papillaires* qui malgré la prédominance des végétations, présentent encore des cavités kystiques. Ces tumeurs également épithéliales constituent le trait d'union entre les kystes mucoïdes et les *tumeurs végétantes proprement dites*, de la glande ovarienne. Ces dernières sont constituées par des végétations papillaires sans coexistence de cavités kystiques macroscopiques, et ce sont des bourgeons épithéliaux, qui se greffent sur la membrane péritonéale, soit après éclatement de la tumeur soit, le plus souvent, par envahissement progressif, à partir de l'intérieur même du kyste. On voit en effet ces bourgeons fissurer la paroi fibreuse de revêtement, recouvrir la surface externe du kyste et l'envahissement péritonéal se produit alors par contiguïté ou après chute de quelques-unes de ces végéta-

tions dans le péritoine et greffe secondaire sur la séreuse. Quel que soit d'ailleurs le mode de cancérisation, le processus peut aboutir à la formation de masses gélatineuses néoplasiques intra-péritonéales, auquel s'ajoute un élément de malignité, qui peut être extrême, par le fait d'une généralisation possible. Ce n'est plus, alors seulement, le péritoine qui est atteint, mais tous les organes qui sont contenus à l'intérieur de la cavité abdominale: l'intestin, l'estomac, le foie, la rate, l'utérus, les ligaments larges, qui deviennent le siège de petites productions kystiques, reconnaissant leur point de départ dans les bourgeons épithéliaux, pseudo-glandulaires, qui sont greffés sur les viscères intéressés. L'épiploon,, infiltré épaissi, comme « cartonné », recouvre la masse intestinale d'une véritable plaque de blindage. Le petit bassin est envahi par de petites masses kystiques, agglutinées les unes aux autres en grappe, fortement adhérentes à la séreuse, et donnant l'impression du frai de grenouille.

Les kystes dermoïdes eux-mêmes pourraient donner naissance à une ascite gélatineuse rappelant en tous points celle consécutive à la rupture d'un kyste mucoïde. C'est, du moins, une éventualité que signale VILLIET, dans sa thèse « Ascite gélatineuse et kystes de l'ovaire ». L'observation qui figure sous le n° 49 de notre recueil, est de DIEULAFÉ. Il s'agissait d'un kyste dermoïde, contenant sébum et cheveux, kyste à paroi épaisse ; ce kyste et l'épanchement gélatineux concomitant évoluaient depuis deux ans. L'appendice était absolument normal. VILLIET, pour expliquer l'épanchement, met en balance deux étiologies possibles. L'hypothèse d'une ascite gélatineuse primitive lui semble peu probante, car, dit-il, « on s'explique mal la production spontanée de ces masses gélatineuses et d'autre part, il n'y a pas plus d'ascite gélatineuse

primitive que d'ascite simple essentielle.» La seconde hypothèse lui semble beaucoup plus logique: c'est la notion de kyste, et pour VILLIET la présence seule du kyste, suffirait à expliquer l'épanchement par une irritation de la séreuse, amenant la dégénérescence colloïde. C'est d'ailleurs là une théorie pathogénique de « l'affection » qui nous occupe. Nous en reparlerons un peu plus longuement dans le chapitre consacré à la pathogénie. Mais peut-être s'agissait-il, dans ce cas, d'un kyste mixte, contenant de petites poches mucoïdes, qui se seraient rompues, ensemençant ainsi le péritoine, et dont les cicatrices de rupture seraient passées inaperçues. C'est là du moins une hypothèse toute gratuite que nous formulons, car nous ne voyons pas par quel processus, cet épanchement bien spécifique aurait pu se produire, la théorie de l'irritation péritonéale ne suffisant pas à l'expliquer.

Nous avons passé rapidement en revue toutes les formations pathologiques ovariennes qui peuvent amener ces épanchements du péritoine.

Nous allons étudier maintenant, au point de vue anatomo-pathologique, la constitution même de ces épanchements gélatineux.

A l'ouverture du péritoine on le trouve rempli de masses transparentes qui rappellent par leur coloration jaune pâle et leur consistance, celle de la gelée de pommes ou de coings. Ce liquide visqueux ressemble à une véritable pâte, adhérente au péritoine et aux organes abdominaux. « La masse semi-liquide se laisse volontiers soulever avec la main comme un corps demi-solide, dit МЕНУ, et ce liquide peut être tellement visqueux que si on essaye de le faire couler partiellement hors du vase qui le contient, il s'échappe en totalité, tout en bloc, comme le blanc de l'œuf de sa coquille ou la bile de bœuf de sa vésicule. »

La couleur de ces masses gélatineuses tremblotantes est ordinairement jaune ambré avec des reflets verdâtres et il n'est pas rare de les voir légèrement teintées de rose. Leur abondance est généralement considérable. La cavité abdominale est complètement envahie par ce produit pathologique qui s'insinue partout et pour faciliter l'évacuation, on est amené à puiser à pleine mains dans cette véritable colle qu'une pression abdominale n'arrive pas à faire écouler entièrement. Le volume recueilli peut atteindre dix et quinze litres, comme dans certaines de nos observations; mais sa ténacité, son adhérence extrême aux organes, surtout dans la cavité pelvienne empêche une toilette soignée. On est obligé quelquefois d'avoir recours à la compresse qui, elle-même ne se laisse qu'imprégner difficilement par ce liquide glutineux qui occupe les points déclives de la cavité péritonéale. Il s'accumule avec prédilection dans le bas-fond pelvien, où l'on trouve de petites formations gélatineuses disposées en grappe, rappelant par leur aspect morphologique du « frai de grenouille », et fixées si intimement au péritoine qu'il est impossible de les extraire sans traumatiser gravement la séreuse péritonéale.

Ce liquide consistant ne présente pas des caractères biologiques bien importants: il ne se dissout pas dans l'eau, il bleuit le tournesol et ne se modifie pas sous l'influence de la chaleur. Il ne se dissout pas non plus dans l'eau de chaux, mais en traitant cette eau de chaux décantée et filtrée par l'acide azotique, il se produit un trouble. On a cherché également dans sa composition chimique des caractères nettement spécifiques qui n'ont pas l'importance qu'on leur accordait autrefois. MEHU a décrit la paralbumine, substance précipitée par l'acide azotique et se redissolvant par addition d'acide acétique, comme donnant au liquide

kystique épanché cette consistance filante, visqueuse au point de permettre de la soulever en masse. WALDEYER est venu à l'appui déclarer qu'on la retrouvait nettement dans tous les kystes et qu'elle était caractéristique de ces épanchements spéciaux. Il est vrai qu'elle paraît à peu près constante dans le produit des kystes glandulaires et que les kystes papillaires n'en renferment que quelques traces (Pozzi). Mais on a démontré (DE SINETY) la présence de cette substance dans des conditions différentes de milieu (crachats de bronchite, kystes du cou, et même dans quelques cas d'ascite séreuse) et la valeur diagnostique de ce procédé est toute relative. WERTH, en 1884, constate dans ces masses gélatineuses, l'absence de coagulation caractéristique de la mucine mise en présence de l'acide acétique et déclare qu'elles sont constituées par de la pseudo-mucine. HAMMARSTEN y décele un corps réducteur et fait rentrer la pseudo-mucine de WERTH dans la classe des glyco-protéines.

Mais, si intéressantes qu'elles soient, toutes ces laborieuses recherches chimiques n'ont réellement abouti qu'à fort peu de chose.

Ces masses gélatineuses occupent à première vue la cavité péritonéale à la manière d'une ascite, c'est-à-dire paraissant libres sans membrane enveloppante, à l'encontre de ce que l'on rencontre pour les kystes de l'ovaire. Elles recouvrent la surface externe du foie, la rate, l'estomac, les intestins, noyant tous les viscères, qui disparaissent complètement sous leur abondance. Si l'on examine ces masses avec attention on reconnaît qu'elles sont soutenues et parcourues par un lavis de tractus, filamenteux, grisâtres qui se rompent avec une telle facilité que le poids du liquide suffit pour en rompre un certain nombre et permettre à la masse gélatineuse de s'écouler. Ces tractus, forment

de délicats réseaux finement vascularisés au sein desquels peuvent se voir de petites hémorragies punctiforme. Ils divisent toute la masse en une série de loges distinctes quoique communiquant entre elles et, par leur intermédiaire, la substance gélatineuse est fixée et adhérente au péritoine, tant au feuillet pariétal qu'au feuillet viscéral ; cette adhérence est surtout intime, au niveau du péritoine pelvien, de telle sorte qu'il est presque impossible de l'en détacher complètement. Il subsiste toujours à la surface de la séreuse une couche gélatineuse qui fait corps avec la séreuse elle-même.

Sur une coupe microscopique des masses gélatineuses et du péritoine, qui est rouge, tomenteux, recouvert d'une couche colloïde épaisse ou quelquefois présente de fines granulations disséminées sur toute la surface pariétale (péritonite villeuse ou verruqueuse de LANCEREAUX), on remarque les détails suivants : ces masses sont constituées par une substance transparente, hyaline, rappelant le contenu des kystes pseudomucineux de l'ovaire, dans laquelle se trouvent des éléments cellulaires de grandes dimensions qui paraissent être des débris de cellules épithéliales, ayant à leur centre un noyau granuleux arrondi ou ovoïde. Cette substance est contenue dans des loges, limitées par des tractus de fibres conjonctives, renfermant des éléments cellulaires aplatis et quelques vaisseaux. La séreuse péritonéale présente des lésions plus ou moins avancées de péritonite chronique, avec, dans un stroma conjonctif épais, de nombreuses petites cellules rondes. Sur des coupes favorables on peut constater l'existence au sein de ces néo-productions d'un épithélium cylindrique analogue à celui des kystes de l'ovaire. Quelquefois dans le liquide épanché, l'examen microscopique peut déceler

l'existence de bouquets cellulaires constitués par des cellules caliciformes typiques, ne permettant pas de douter de leur origine. Dans les cas malins avec récurrence de l'ascite gélatineuse, l'examen des tumeurs analogues à de petits kystes colloïdes greffés sur le péritoine, dans le pelvis, sur l'épiploon, dans les quelques cas où il fut pratiqué, démontra qu'il s'agissait de formations absolument identiques à la tumeur originelle, d'où étaient parties ces métastases véritablement néoplasiques.

II. Non moins intéressante à étudier, est l'anatomie pathologique des *lésions appendiculaires* qui peuvent donner naissance à ces épanchements gélatineux. Nous ne possédons aucune observation de ce genre, mais cette question a fait l'objet d'une revue générale, de la part du Professeur LEJARS, dans la *Semaine médicale* du 11 décembre 1912, et Mme MERCIER-BELLEVUE y a consacré une thèse: « Le Pseudomyxôme péritonéal d'origine appendiculaire », Bordeaux 1911-1912. C'est à ces travaux que nous devons la plupart des renseignements se rapportant à ce sujet.

C'est de la sécrétion morbide de l'appendice que procèdent les épanchements mucoïdes péri-appendiculaires. Ils ont pour origine la perforation d'un appendice kystique, d'un kyste mucoïde de l'appendice ou « mucocèle » appendiculaire comme on a également bien voulu l'appeler.

Normalement, la lumière appendiculaire communique avec la cavité cœcale par un petit pertuis obturé en partie par une valvule, la valvule de GERLACH; que pour une raison inflammatoire, ou mécanique, l'oblitération de cette communication cœco-appendiculaire se fasse, et un kyste appendiculaire pourra se constituer. Cette oblitération est due soit à un corps étranger qui obstrue la lumière du diverticule appendicu-

laire, soit à une coudure ou à une torsion de l'organe, soit à des lésions inflammatoires appendiculaires. Le corps oblitérant peut être un bouchon de mucus, qui se trouve trop volumineux pour être expulsé par l'orifice cœcal trop étroit. Il peut être constitué aussi, par des concrétions fécales, calculs, pépins de raisins, noyaux de fruits, poils etc... La coudure de l'organe amène une impossibilité matérielle à l'évacuation du contenu de l'appendice dans l'intestin; il peut même y avoir plusieurs coudures. La torsion se fait généralement autour du méso, entraînant ainsi l'oblitération de la lumière appendiculaire. Enfin dans l'appendicite oblitérante de LE DENTU, c'est la muqueuse elle-même qui, par son épaissement considérable, cause une diminution extrême du canal. Mais pour que le kyste appendiculaire se produise, il faut que les glandes appendiculaires de LIEBERKUHN, s'hyperplasient jusqu'à former un adénôme et secrètent une grande quantité de mucus. Ce produit a la propriété de détruire ou tout au moins d'atténuer la virulence des germes infectieux contenus dans la cavité appendiculaire et c'est ce qui explique qu'une irruption quelquefois considérable de mucus dans la cavité péritonéale puisse se faire sans amener de complications infectieuses. Sous l'influence de cette hypersécrétion des glandes muqueuses, la portion distale de l'appendice se dilate dans des proportions relativement considérables et ainsi on arrive à la constitution de ces kystes ou « mucocèles » appendiculaires.

Cette lésion est assez fréquente et ces kystes peuvent atteindre un volume quelquefois impressionnant, ainsi que le mentionnent la plupart des observations. VIRCHOW avait observé un de ces kystes qui était gros comme le poing. NEUMANN rapporte un autre cas où la poche avait le volume d'une tête d'adulte et remplis-

sait presque toute la moitié droite du ventre. Sans atteindre ces amplitudes anormales, les appendices kystiques gros comme le doigt ou le pouce ne sont pas rares. Leur histoire est du reste étroitement liée, à celle des diverticules appendiculaire, comme ELBE y insistait dans un mémoire de 1909; il arrive encore que la paroi appendiculaire infiltrée de glandes hypertrophiées soit polykystique dans toute son épaisseur.

OBERNDOFER a prétendu que chez l'homme, l'appendice était le seul en cause. Cette affirmation a été contestée par MERCKEL, se basant sur un cas de ROEGNER dans lequel un « pseudomyxôme » du péritoine, provenait d'un diverticule de l'intestin grêle étranglé ou entéro-kyste. Cette opinion avait déjà été émise par HONECKER qui pensait qu'un diverticule intestinal obstrué à son orifice pouvait donner naissance à un épanchement gélatineux, mais ce n'était là qu'une hypothèse. Enfin, PORTER a trouvé un kyste de l'extrémité distale du diverticule de MECKEL. Comme on le voit toutes ces formations anatomiques sont susceptibles de donner naissance à des productions kystiques, par le même mécanisme que celui énoncé pour l'appendice.

Ces gros appendices, ces diverticules intestinaux surdistendus, arrivent à franchir à un moment donné leur limite d'élasticité et à l'endroit le plus faible une perforation se produit. Le liquide mucoïde s'épanche alors dans la cavité abdominale. L'abondance et la répartition de l'épanchement varie beaucoup dans les divers cas observés.

L'appendice est-il libre d'adhérences, ne s'est-il pas produit de péritonite partielle post-inflammatoire, le liquide mucoïde envahit toute la cavité péritonéale. Il a surtout tendance à se glisser dans les parties déclives; fosse iliaque interne, cul-de-sac de DOUGLAS

Telle était la disposition relevée chez le malade de MAC CONNEL, et cette diffusion extrême du liquide n'est pas sans amener quelque difficulté diagnostique ; tel était aussi le cas de NAGER, pour lequel l'hypothèse d'un lymphangioendothéliome kystique fut soulevée. D'autres fois, l'épanchement, quoique de très gros volume, reste assez limité. Il occupe la fosse iliaque droite, la région iléo-cœcale, se prolonge sur le colon ascendant entre les anses grêles voisines, dans le petit bassin MAC CONNEL, TROTTER, MOORE, GOLDSCHWEND font mention de ces masses mucoïdes. Le professeur LEJARS (Obs. n° 77) cite le cas de l'un de ses malades chez lequel le « dépôt iliaque » était considérable.

Mais cette substance peut figurer une véritable « tumeur » bien circonscrite, de petit volume, localisée dans la région cœco-appendiculaire. Cette éventualité ne se produit que dans le cas où une inflammation appendiculaire a provoqué une réaction de défense du côté du péritoine : des adhérences se constituent, véritable barrière contre l'infection et ces épanchements gélatineux circonscrits s'expliquent par le même processus que les abcès appendiculaires enkystés, secondaires à la perforation d'un appendice en voie de suppuration. On peut trouver une disposition en vacuoles, en petits kystes, petites sphères arrondies multiples, ou vésicules disséminées sur le péritoine viscéral et pariétal dans la région iléo-cœcale et dans la zone limitrophe (Obs. de NEUMANN n° 67). Enfin, on peut noter un véritable semis nodulaires sur le péritoine pariétal, le cœcum, les anses grêles, assez loin de l'appendice et cet aspect peut faire penser à la tuberculose ou au cancer (Obs. de LEJARS n° 76 et de CHAVANNAZ n° 68).

On n'a pas toujours observé de perforation appendiculaire bien nette ; dans certains cas, il suf-

fit d'une fissure très étroite dont les bords sous l'influence de la poussée du contenu appendiculaire peuvent s'éverser pour lui livrer passage.

D'autrefois, toutes les tuniques ne sont pas détruites et la muqueuse persistante, mais très distendue, fait hernie au travers des couches séreuse et musculuse, formant ainsi un véritable kyste muqueux appendiculaire. A un moment donné, et sans cause très appréciable, cette muqueuse elle-même se rompra et répandra alors son contenu dans le péritoine (NEUMANN).

Parfois, après la rupture, les lèvres de la plaie s'accroissent, la cicatrisation se produit et l'on ne trouve plus trace de la perforation ancienne; mais ce mécanisme doit être rare, car pour qu'il y ait restitution de la cavité appendiculaire, il faut que la sécrétion muqueuse, soit tarie et ne vienne plus maintenir béante cette cavité (HONECKER).

Par contre, la déchirure peut être énorme; le mucus s'écoule alors en quantité considérable dans le péritoine, et la portion cœcale de l'appendice complètement ouverte et méconnaissable, explique que dans l'observation de W. TROTTER (n° 71), on ne put trouver l'appendice lors de l'intervention chirurgicale.

C'est à l'autopsie (ce fut le cas pour FRAENCKEL) ou au cours d'une intervention chirurgicale pour appendicectomie, d'une laparotomie exploratrice, pour éclairer un diagnostic qu'il est cliniquement à peu près impossible de poser, qu'on découvre ces épanchements. A l'ouverture de la paroi abdominale, on rencontre immédiatement, soit sur le péritoine pariétal, soit le plus souvent au voisinage de l'appendice, des masses d'aspect gélatineux qui paraissent libres dans la cavité abdominale. Mais on peut en trouver dans bien d'autres endroits et très loin de leur lieu d'origine: sur

le mésentère, au milieu des anses intestinales, sur la rate, entre le foie et le diaphragme (HONECKER).

L'épanchement gélatineux peut former une masse unique située au voisinage de l'appendice dans la fosse iléo-cœcale, quelquefois dans le cul-de-sac de DOUGLAS, ou bien, on le trouve en quantité considérable sous forme de petits amas sphériques ayant le volume de grains de chènevis, de pois; parfois ces agglomérations ont l'aspect du frai de grenouille (NEUMANN). Ces masses sont claires, transparentes parfois complètement dépourvues d'enveloppe, quand elles sont de formation récente; mais lorsqu'elles sont dans le péri-toine depuis un temps assez long ou lorsque la séreuse a été le siège d'un travail de réaction, ces masses peuvent être entourées d'une légère membrane conjonctive invisible à l'œil nu.

L'appendice, dans tous les cas publiés, fut trouvé dilaté, soit en ampoule, soit augmenté de volume dans sa totalité. Dans tous les cas aussi, sauf celui de CHAVANNAZ (n° 68), il était perforé; cette perforation siège soit à l'extrémité libre, soit dans un endroit quelconque de la portion dilatée. Tantôt elle est très large, la lumière appendiculaire est béante, tantôt elle est petite, comme chez la malade de CRAMER (Obs. n° 69), où la perforation laissait à peine passer une sonde. Ces perforations sont généralement arrondies, mais elles peuvent effectuer la forme de fentes plus ou moins larges. Point n'est besoin, d'ailleurs, d'une perforation importante pour permettre l'écoulement du produit de sécrétion du kyste appendiculaire: une simple fissure suffit. Tout dépend d'ailleurs dans le mécanisme de la perforation, de l'état de la paroi appendiculaire. Est-elle épaissie: une solution de continuité plus importante ou une plus grande pression intra-appendiculaire, seront nécessaires, pour amener l'issue du

mucus. Si les couches musculaire et sous muqueuse sont rompues, comme l'ont rapporté NEUMANN et OBERNDORFER, la muqueuse fait hernie au niveau de la rupture et il se constitue un kyste sous-séreux rempli de substance mucoïde, kyste, qui peut à son tour se perforer. C'est dans ces conditions surtout, qu'il sera difficile de trouver la perforation, la muqueuse ayant une tendance à la réparation rapide.

Si l'on ouvre l'appendice ainsi perforé on trouve sa paroi soit amincie, surtout s'il est très dilaté, soit épaissie. Il est rare cependant, qu'il soit uniformément aminci ou épaissi: ce n'est que par places que l'on remarque ces modifications. Dans la cavité appendiculaire, on retrouve les mêmes masses muqueuses; elles sont aussi disposées en globules, en sphérules, et la muqueuse est généralement pâle et décolorée.

Le cœcum ne présente habituellement pas de modification, à moins qu'il ne soit atteint lui-même d'une affection inflammatoire, qui n'a rien à voir avec la question qui nous occupe. Le péritoine réagit presque toujours contre l'envahissement de ces produits pathologiques: on peut le trouver épaissi, parcouru par de nombreux vaisseaux sanguins traduisant l'hyperhémie et recouvert de fausses membranes.

A l'examen histologique, ces masses gélatineuses se caractérisent par une absence complète de cellules, ce qui permet de la distinguer du myxôme qui naît aux dépens des tissus muqueux dont la gélatine de WHARTON est le type. Très souvent ces amas sont absolument libres, non encapsulés; mais il arrive qu'on les trouve recouverts de trainées conjonctives, très lâches, présentant quelques rares cellules et qui proviennent très vraisemblablement d'un processus de réaction-inflammatoire du péritoine. Pareille formation est signalée dans les observations de HONECKER, NEUMANN,

TROTTER (n^{os} 72, 67, 71). Dans ces lacunes conjonctives, les masses gélatineuses sont disposées en rayons (NEUMANN, CHAVANNAZ). Dans ce mucus, HONECKER a trouvé des lymphocytes isolés et un assez grand nombre de cellules dont le noyau excentrique se colore intensément.

Le péritoine subit des altérations assez importantes; il est parsemé de villosités en forme de doigts de gant qui, en continuation directe avec la séreuse, en renferment tous les éléments histologiques : endothélium normal du péritoine. Ces villosités diffèrent en grandeur et en forme depuis les minuscules à peine visibles, jusqu'à celles très volumineuses, qui remplissent un demi champ visuel et plus, et qui sont ramifiées dendritiquement; elles sont tantôt étroites et grêles, allongées à pédicule mince, tantôt larges et renflées en massue. Dans le stroma des villosités, il y a un ou plusieurs vaisseaux ayant généralement les caractères des capillaires (FRAENCKEL). Parfois, l'endothélium péritonéal a disparu au niveau des masses muqueuses; s'il persiste, ses cellules deviennent alors cubiques ou même cylindriques (TROTTER).

L'appendice présente les lésions ordinaires de l'appendicite: augmentation de volume des follicules, infiltration leucocytaire de la sous-muqueuse. Mais le caractère constant le plus important, c'est le développement considérable des glandes de la muqueuse et des cellules caliciformes. Les glandes de LIEBERKUHN prolifèrent en abondance et donnent parfois l'aspect d'un adénôme: c'est pourquoi il se produit en même temps un hyperfonctionnement qui amène la production de mucus en quantité énorme et la constitution d'un appendice kystique. Sous l'influence, d'une part de l'inflammation de la muqueuse et de la sous-muqueuse, d'autre part de la poussée intérieure du contenu de

l'appendice, la couche musculaire se laisse forcer, ses fibres se dissocient, peuvent même se rompre, et c'est à cet endroit affaibli que se produit la perforation. D'autres fois la réaction conjonctive post-inflammatoire amène au contraire un épaissement de la musculature, épaissement qui peut contribuer à rétrécir la lumière de l'appendice et faciliter la rétention des sécrétions.

De grandes analogies rapprochent donc, au point de vue anatomo pathologique, les épanchements gélatineux d'origine ovarienne et ceux d'origine appendiculaire. Les « kystes entéroïdes » ovariens sont absolument semblables aux « mucocèles » appendiculaires comme aspect macroscopique. L'histologie prouve également que les cellules qui les constituent sont d'une identité absolue : comment en serait-il autrement, puisque ces deux groupes d'éléments cellulaires dérivent de l'endoderme fœtal ; les produits épanchés, dans l'un et l'autre cas, ne diffèrent pas non plus ; les mêmes cellules pourvoient dans les deux cas à la sécrétion de produits semblables au point de vue morphologie, composition chimique et histologie. Le liquide gélatineux issu de kystes mucoïdes ovariens possèdent le même aspect, la même consistance, les mêmes réactions et les mêmes éléments cellulaires que celui des kystes appendiculaires. Une seule différence pourrait établir la discrimination anatomo-pathologique : c'est la propriété que possède, quelquefois, l'épanchement d'origine ovarienne de donner naissance à de véritables métastases néoplasiques, traduisant ainsi un caractère de malignité, que ne possède pas le produit issu d'un « mucocèle » appendiculaire. Mais ce facteur de malignité ne se retrouve que dans un nombre de cas très restreint.

Nous allons voir que la pathogénie, elle aussi, contribue à resserrer les liens de parenté entre les deux affections, au point d'établir entre elles, une similitude presque complète.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Quelle est donc la signification de ces épanchements et des lésions qu'ils déterminent au niveau du péritoine?

De nombreuses théories ont essayé, tour à tour, de donner une explication plausible à la présence dans le péritoine de ces masses gélatineuses de consistance spéciale, et dont l'abondance quelquefois extrême, n'était pas sans surprendre les opérateurs.

Nous passerons d'abord rapidement en revue les différentes théories pathogéniques se rapportant aux épanchements d'origine ovarienne, pour arriver à la conception actuelle de la question. Nous examinerons ensuite les idées émises sur la pathogénie des épanchements d'origine appendiculaire; et nous essaierons d'établir l'identité pathogénique de ces deux catégories d'épanchements.

I. — Épanchements gélatineux d'origine ovarienne.

Nous pensons qu'il faille, d'abord, mettre de côté, l'idée émise par certains auteurs (NETZEL et WENDE-

LER) qui rattachaient les altérations du péritoine à des lésions de péritonite chronique avec dégénérescence myxômateuse. NETZEL et WENDELER voulaient voir dans les kystes ovariens, des myxômes qui provoquaient du côté du péritoine une dégénérescence myxômateuse dont les masses gélatineuses étaient le résultat. Les tumeurs ovariennes en cause, à stroma lâche, imbibé d'une substance fluide, gélatineuse, semée d'éléments protoplasmiques plus ou moins déformés, étoilés parfois, rappellent comme aspect celui des tissus muqueux de l'embryon. Mais cet aspect myxoïde n'est qu'une apparence morphologique, qui peut d'ailleurs être réalisée par des tumeurs de tissus très différents: musculaire, nerveux glandulaire, fibreux. D'ailleurs ce terme de myxôme ne pourrait guère s'appliquer qu'à des tumeurs du tissu muqueux de l'embryon; chez l'adulte, en effet, ce tissu a disparu, sauf en quelques points isolés (cordon ombilical, corps vitré). Un myxôme ne saurait par conséquent se développer au niveau de l'ovaire ou du péritoine qui ne contiennent pas trace de tissu muqueux.

WERTH, considère ces masses gélatineuses comme provenant d'un kyste pseudomucineux de l'ovaire qui s'est rompu dans la cavité péritonéale, soit spontanément, soit traumatiquement. Répandues dans la cavité abdominale, tapissant les deux feuillets de la séreuse péritonéale et trop épaisses pour être résorbées, ces masses resteraient dans le ventre et, comme le ferait tout autre corps étranger intrapéritonéal, y déterminerait une péritonite chronique avec pseudomembranes qui enkystent les productions gélatineuses. C'est à cet état réactionnel du péritoine et aux conséquences qu'il détermine au niveau des masses épanchées, que WERTH a donné le nom de « pseudomyxôme du péritoine ». Cette théorie de l'irritation péritonéale, d'inflammation

chronique a été reprise par DONAT. Ayant trouvé pendant une ovariectomie des masses gélatineuses dans le péritoine, il essaya l'inoculation à des lapins et comme le résultat de l'expérimentation fut nul, il en conclut qu'il ne s'agissait là que d'une « péritonite par corps étranger ». LUDWIG KORN émet à son tour une opinion absolument semblable: le corps étranger n'est autre chose, pense-t-il, que le liquide tombé de l'ovaire dans le péritoine à la suite d'une rupture. Cette théorie eut de nombreux partisans (RUEDER, KRESTSCHMAR, SWIECICKI, DE TORNERY).

Pour ZIEMBRICKI, DUPLAY et TERRIER il s'agirait d'une irritation péritonéale, dont il faut chercher la cause dans les végétations périkytiques qui recouvrent quelquefois la paroi des kystes de l'ovaire. (*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1887, p. 721). QUENU (De l'ascite dans les tumeurs abdominale: *Revue de chirurgie*, 1886, p. 265), pense lui aussi, que ces épanchements peuvent être liés aux végétations périkytiques; mais pour cet auteur, ce n'est pas l'irritation péritonéale qui entre en jeu, ce sont les végétations elles-mêmes, formées comme les végétations intra-kystiques de tubes épithéliaux, véritables pseudo-glandes, qui sécrètent et dont le produit d'élaboration se répand dans l'abdomen. « Il n'y a pas de raison, dit judicieusement QUENU, pour admettre que ces formations épithéliales sécrètent quand elles sont à l'intérieur des kystes et qu'elles ne sécrètent pas quand elles sont à la surface externe. Dans ce groupe de tumeurs « l'ascite gélatineuse » résulterait donc de l'épanchement continu dans le péritoine de la substance colloïde produite par les végétations ou pourrait être produite, dans certains kystes sans végétations, par une surface externe riche en formations

tubulaires.» Pour expliquer l'abondance quelquefois considérable de ces productions gélatineuses, QUENU fait intervenir un phénomène d'osmose; la séreuse péritonéale enflammée par la présence de l'épanchement perd son revêtement épithélial; le tissu conjonctif sous-jacent subit la dégénérescence colloïde. Un phénomène d'osmose se produirait alors, qui ferait gonfler à l'extrême ces masses gélatineuses, qui semblent avoir des propriétés d'endosmose considérable vis-à-vis du sérum sanguin. QUENU admet aussi, la rupture de petites poches kystiques ou des perforations incessantes de petits kystes superficiels, qui déversent leur produit de sécrétion dans le péritoine, provoquant ainsi du côté de la séreuse une sorte d'inflammation chronique qui devient à son tour l'origine de l'ascite concomitante. Par cette théorie s'explique la différence qui existe entre le liquide ascitique ordinaire et l'épanchement péritonéal consécutif à la rupture de poches kystiques, la présence dans le liquide kystique épanché d'éléments cellulaires rappelant ceux que l'on rencontre dans la poche kystique, enfin la ressemblance qu'on constate entre le contenu du kyste et le contenu de la cavité péritonéale. Cette théorie paraît séduisante, et trouve sa confirmation dans les examens histologiques des végétations intra et extra-kystiques, des pièces enlevées par ovariectomie et où le microscope a décelé même stroma embryonnaire, même revêtement de cellules cylindriques et de cellules caliciformes. Il semble que ces petits enfoncements extérieurs tapissés d'épithélium constituent de véritables glandes à mucus qui ne demandent qu'à sécréter. TERRIER (*Revue de chirurgie*, 1888, p. 968) se rallie d'ailleurs entièrement à cette opinion, ayant eu l'occasion, de constater quelquefois dans ses nombreuses ovariectomies la présence, à la surface des kystes, de rugosités et de cicatrices,

qu'il attribuait à la rupture ancienne d'alvéoles kystiques. L'épanchement, dans ce cas, se trouvait facilement expliqué: il reconnaissait pour cause une brèche de la paroi du kyste qu'un processus cicatriciel avait, dans la suite, complètement obturée. TERRILLON (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1885, p. 751)., dans un cas d'ascite par un kyste sans végétations extérieures, prétend que dans ce cas le péritoine joue un rôle très secondaire dans le genèse du liquide; la vraie membrane sécrétante est la paroi de la tumeur, puisque, celle-ci enlevée, l'épanchement peut ne pas se reproduire.

GUNDELACH, dans sa thèse « De l'ascite symptomatique des tumeurs ovariennes, th. Paris 1887), objecte à l'hypothèse formulée par QUENU, de l'osmose transpéritonéale, pour expliquer l'abondance des masses gélatineuses trouvées à l'intérieur de l'abdomen, que « le sang, étant un liquide fortement albumineux, est peu dialysable en général, à moins d'altérations spéciales. » Pour TERRIER la cause exacte de cette hypersécrétion péritonéale n'est pas toujours facile à déterminer. « Si l'ascite est souvent un symptôme de dégénérescence épithéliale du péritoine et de l'épiploon dans la moitié des cas elle est d'un pronostic beaucoup moins sérieux et peut être inflammatoire ou simplement due à une hypersécrétion du péritoine dont la cause exacte n'est pas toujours facile à déterminer » (*Revue de chirurgie*, 1889, p. 805).

Pour d'autres auteurs, ces épanchements ne seraient autre chose qu'une sorte de métastase: la séreuse est atteinte de la même dégénération que l'ovaire et secondairement à lui; soit que cette métastase se produise spontanément, soit qu'il y ait rupture accidentelle ou opératoire de la poche kystique, soit comme semble le penser PEAN, que les kystes alvéolaires géla-

tineux et « la maladie gélatineuse », dérivant d'un même processus morbide, soient de même nature, appartiennent à une même série morbide et puissent même exister isolément, soit enfin, qu'il y ait une sorte de greffe préalable, le liquide kystique venant à la suite de la ponction, par exemple, semer sur la séreuse abdominale ses éléments pathologiques. Cette opinion est défendue par de nombreux auteurs: OLSHAUSEN et PFANNENSTIEL (*Veit's Handb. d. gynäkol.* III, p. 135), considèrent ces masses comme des néoproductions par métastase (« implantations metastasen ») et PIORZA, D. O. OTT, FRISTCH, GEBHARD, se rangent tous à cette opinion.

Le fait, qu'après l'extirpation de la tumeur primitive, l'épanchement paraît se reproduire en aussi grande abondance qu'avant la première intervention parce que de petites masses colloïdes ont souillé la cavité péritonéale, semble corroborer cette opinion. FRISTCH a observé deux cas semblables. Il s'agit donc ici, non pas d'une métastase proprement dite par voie sanguine et lymphatique, mais bien d'une véritable greffe des éléments du kyste. « A la suite de la rupture d'un kyste de l'ovaire à contenu colloïde, de nombreuses cellules épithéliales en même temps que des masses gélatineuses se déversent dans le péritoine, s'y fixent tant sur le feuillet viscéral que sur le feuillet pariétal, y prolifèrent et y produisent des tumeurs colloïdes de même nature que la tumeur ovarienne dont elles dérivent. En même temps que se fait cet ensemençement, il se produit dans le sein de la séreuse péritonéale, des phénomènes inflammatoires bien étudiés par WERTH, véritable processus de défense qui tendra à enkyster les néoproductions gélatineuses péritonéales. » Telle est du moins l'opinion exprimée par

GOURSOLAS dans sa thèse « Du pseudomyxôme péritonéal ».

Cette théorie est exacte, tout au moins en ce qui concerne une catégorie un peu spéciale d'épanchements gélatineux. Aussi s'agit-il maintenant d'établir une distinction du point de vue pathogénique, dans les différentes manières dont ces épanchements peuvent se comporter vis-à-vis du péritoine. Aujourd'hui, il paraît logique de distinguer trois sortes d'« ascites » gélatineuse d'origine ovarienne :

1° Des « ascites » gélatineuses dues à la rupture d'un kyste mucoïde simple dans la cavité péritonéale. Cette collection, inerte, occupera l'abdomen, ayant plus ou moins tendance à la résorption. Elle augmentera peut-être de masse, car les cellules épithéliales continueront à sécréter à l'intérieur de la poche kystique, mais elle n'aura jamais tendance à récidiver après que le chirurgien aura pratiqué l'ovariotomie et une toilette aussi complète que possible du péritoine. C'est ce que nous pourrions appeler la *forme bénigne* ou *simple*, la plus fréquente, celle qui est rapportée dans la majeure partie de nos observations. Tel est notre cas personnel (Obs. n° 58). Nous avons vu, d'ailleurs, que ces kystes glandulaires simples, étaient quelquefois le point de départ de métastases, pouvant faire penser à une véritable évolution néoplasique (observations de BAUMGARTEN, n° 4 et de SCHLEGTENDAL n° 5). Mais nous pensons plutôt que dans ces cas particuliers, il devait s'agir de kystes végétants, ainsi que semble le démontrer l'aspect morphologique et histologique des kystes colloïdes secondaires qui étaient greffés sur le péritoine et sur l'épiploon. Peut-être d'ailleurs ne s'agissait-il simplement que de kystes glandulaires ayant subi une dégénérescence néoplasique partielle.

2° Un second groupe d'«ascites» gélatineuses causées par la greffe supplémentaire intrapéritonéale de cellules à mucus échappées de la brèche d'un kyste. Ces îlots cellulaires, mis en liberté lors de la rupture du kyste, vont créer de nouveaux centres sur le péritoine viscéral et pariétal, sur l'épiploon, dans le bas-fond pelvien, dans la région hépatique et splénique, points déclives de la cavité abdominale. Ces cellules mucipares spécifiques fixées sur la séreuse péritonéale, sécrètent pour leur propre compte et auront tendance à augmenter le volume de l'ascite par addition de leur sécrétion constante à celle de l'épanchement primitif. Après une intervention même très complète, ovariectomie, toilette très soignée du péritoine, il subsistera toujours des foyers de génération glandulaire. L'ascite récidivera et l'on pourra croire à une affection maligne qui, si elle en a les apparences, ne possède en général, ni l'évolution ni le pronostic d'une néoplasie véritable (Obs. n° 10).

3° Enfin un troisième groupe d'épanchements gélatineux, véritablement malins, qui reconnaissent comme point de départ, soit un kyste végétant de l'ovaire, soit un kyste mucoïde en voie de dégénérescence. Après rupture de ces kystes ou envahissement de proche en proche par les éléments cancéreux, il se produit de véritables métastases de cellules vivaces, proliférantes. C'est alors que l'on peut parler « *d'implantations métastases* » (OLSHAUSEN, PFANNENSTIEL), auxquelles nous avons déjà fait allusion. Il semble en effet qu'une véritable généralisation de nature cancéreuse se produise; on retrouve des kystes gélatineux colloïdes ressemblant en tous points à la tumeur ovarique originelle, fixés sur le péritoine; ces kystes, plus ou moins volumineux, quelquefois très petits, de la grosseur d'un pois ou même d'un grain de millet, sont disséminés en

quantité innombrable dans toute la cavité abdominale; on les retrouve sous l'aspect de « frai de grenouille » dans le pelvis; l'épiploon infiltré est très épaissi, véritable masse cartonnée, baignant dans le liquide visqueux. Cette catégorie d'épanchements suit l'évolution du cancer ovarien qui lui a donné naissance (Obs. n° 57, cas du D^r VERGOZ; Obs. n° 56, cas du P^r FERRARI). Dans l'observation n° 56, M. le Prof FERRARI n'a pas trouvé de kyste rompu mais une masse gélatineuse occupant la place du ligament large droit, ressemblant à une môle hydatiforme et formée d'une quantité de vésicules gélatineuses reliées par des trousseaux fibreux très développés qui leur donnent cette cohésion et en font une masse distincte de la masse gélatineuse déjà enlevée. Il ne semble donc pas que dans ce cas, il s'agisse d'une fissuration ou d'une rupture d'un kyste de l'ovaire, mais plutôt d'une tumeur végétante ayant envahi le ligament large, puis de proche en proche toute la grande séreuse.

Il est donc nécessaire pour que l'épanchement se produise, qu'il y ait présence d'un kyste ovarien. Il faut aussi qu'il y ait rupture du kyste. Il n'est pas indispensable que la brèche produite dans la paroi kystique soit énorme; la rupture d'une seule poche serait-elle très petite, suffit même quelquefois pour donner naissance à un épanchement gélatineux considérable, ce qui ne peut surprendre, étant donné ce que nous savons des cellules mucipares qui, greffées sur la séreuse péritonéale fonctionnent, secrètent d'une façon autonome et contribuent chacune pour leur propre compte, à augmenter l'épanchement. Ces petites déchirures se cicatrisent ensuite, ou disparaissent complètement sous des adhérences et c'est dans ces cas particuliers, où les cicatrices sont passées inaperçues, que l'on a cherché

l'explication de ces épanchements dans la membrane même du péritoine. En fait le péritoine ne paraît jouer aucun rôle, et il semble qu'il faille rejeter les différentes théories qui ont voulu accorder à la séreuse un pouvoir de sécrétion propre. Dans certains cas, où l'on ne trouve ni kyste ovarien, ni tumeurs des organes abdominaux susceptible d'expliquer un épanchement gélatineux aussi abondant, on voulut voir dans ces formations une véritable maladie primitive du péritoine (LEVI, ROSEMBACH, CORNIL et ROBIN). Cependant, il existait une identité de structure flagrante entre les masses gélatineuses trouvées dans le péritoine et les kystes colloïdes de l'ovaire. On pouvait en effet relever à l'examen histologique (OLHSAUSEN et ACKERMANN), la présence dans ces masses, de fines cloisons friables, traversant et divisant en éventail la substance colloïde et dans ces cloisons l'existence d'épithélium cylindrique. Les kystes colloïdes ovariens en cause, sont dans ces cas un peu spéciaux : l'élément épithélial prédomine sur l'élément conjonctif. Ils se rompent à mesure qu'ils se forment, se déversent dans la cavité péritonéale et vont ensemençer la séreuse, à la surface de laquelle se développent les masses gélatineuses. C'est pourquoi la tumeur primitive passe inaperçue.

Le péritoine, dans la plus grande partie de ces cas, ne présente que des lésions de péritonite chronique. Mais on comprend aisément que la prédominance de l'un ou de l'autre processus, péritonite chronique ou greffe, sera un gros élément dans le pronostic et l'évolution de la maladie.

II. — Épanchements gélatineux d'origine appendiculaire.

Dans les cas où *l'appendice iléo-cæcal* est en cause, le mécanisme de formation de ces épanchements est identique à celui que nous venons d'étudier. Nous avons vu qu'ils reconnaissent pour origine, un kyste appendiculaire ou « mucocèle ». Ces appendices se distendent en masse; il peut aussi se constituer de véritables kystes muqueux, à travers les éraillures de la sous-muqueuse et de la musculature. Quoiqu'il en soit, il arrive un moment où ces kystes finissent par se rompre, en raison de leur surdistension. Le contenu mucoïde s'échappe alors dans la cavité péritonéale. En général, « il ne provoque pas de réaction péritonéale appréciable parce que, dit le Professeur LEJARS (*Semaine médicale*, 11 décembre 1912), le plus souvent, dans ces appendices depuis longtemps fermés à leur extrémité cœcale, et qui ressemblent un peu, toutes proportions gardées, à des hydrosalpinx, ce liquide est devenu stérile ou presque. Pourtant, ajoute-t-il, chez une malade opérée par GOLDSCHWEND (n° 89) en crise d'appendicite aiguë, autour de la masse gélatineuse épanchée, il y avait sur la séreuse des signes d'inflammation témoignant de la septicité relative de l'épanchement. »

L'appendice perforé laisse échapper dans la cavité péritonéale, son contenu que le fonctionnement exagéré de ses glandes renouvelle sans cesse. Cette théorie, s'appuie du reste sur de nombreuses constatations directes; dans la plupart des cas, la perforation a été retrouvée; elle était plus ou moins importante, quelquefois très minime, mais elle existait. Toutefois, l'abondance quelquefois considérable des masses mu-

coïdes intrapéritonéales, ne semble pas trouver son explication dans la seule existence d'un kyste appendiculaire qui aurait déversé son contenu initial dans le péritoine et qui sécrèterait même d'une façon persistante. Ici, comme pour l'ovaire, il est nécessaire d'étudier le rôle de l'endothélium péritonéal et des éléments cellulaires éliminés de la cavité appendiculaire avec le contenu mucoïde.

Ce contenu et les amas péritonéaux sont formés d'une mucine qui agit comme un corps étranger, aseptique ou presque, suivant l'état de l'appendice au moment de la rupture intrapéritonéale. Il y provoque une irritation légère qui se traduit par la formation de fines pellicules enveloppantes; dans ces kystes ébauchés, l'endothélium péritonéal a souvent disparu; ailleurs il est devenu cubique ou cylindrique.

D'autre part avec la mucine, des éléments épithéliaux se détachent de la muqueuse appendiculaire pour émigrer dans le péritoine. OBERNDOFER a bien décrit ces chaînes épithéliales, cubiques ou cylindriques elles aussi, qu'on trouve parfois dans la substance gélatineuse et qui proviennent de l'épithélium appendiculaire migrant: le fait a été contrôlé déjà à plusieurs reprises. Ces cellules se greffent sur le péritoine, à distance éloignée de la perforation originelle, et de la sorte, elles constituent de nouveaux foyers de sécrétion mucoïde. ASCHOFF prétend également qu'après la rupture de l'appendice vermiculaire des fragments d'épithélium de la muqueuse peuvent venir se greffer sur le péritoine et proliférer d'une façon autonome. OBERNDOFER a trouvé ces greffes de l'épithélium intestinal, avec des cellules caliciformes sur le mésentère: ces auteurs donnent le nom de « métastases d'implantation » à ces formations. Pour eux, il suffirait d'une très petite surface épithéliale, greffée sur le péritoine

pour amener la formation d'une tumeur muqueuse née aux dépens des glandes de l'épithélium. MAC LEAN et BLEMM, citent un cas d'épanchement gélatineux, produit par l'hypersécrétion de la muqueuse de l'extrémité libre de l'appendice qui s'était détachée et qui proliférait. Enfin SABRAZES a attiré l'attention sur l'importance de cette greffe intrapéritonéale, de cellules à mucus échappées de l'appendice à la faveur d'une rupture d'un kyste et Mme MERCIER-BELLEVUE, a exposé ses conclusions dans sa thèse « Le Pseudomyxôme péritonéal d'origine appendiculaire ».

Au point de vue pathogénie, il est une observation des plus instructives, que nous publions in extenso, à cause de son grand intérêt et que nous devons à l'amabilité de M. le Docteur Ernest KUMMER, Professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Genève (n° 93). Il s'agissait dans le cas particulier d'un épanchement gélatineux de la région rétro-péritonéale droite évoluant depuis un an, avec des phénomènes douloureux, chez un homme de 76 ans. Cet épanchement gélatineux rétro-péritonéal, était secondaire à un abcès appendiculaire rétro-cœcal.

L'examen microscopique que pratiqua M. le Docteur ASKANAZY (*Revue médicale de la Suisse romande*, juin 1921) fournit les renseignements suivants: « greffe de cellules intestinales mucipares implantées sur quelques territoires de lamelles conjonctives d'un ancien abcès appendiculaire à développement rétro-péritonéal, cellules greffées ayant poursuivi leur fonction mucipare. » M. le Professeur KÜMMER pense « qu'il s'agit là d'une culture, sur un milieu favorable, de cellules mucipares qui, par l'excès de leur prolifération, peuvent parfois suggérer l'idée de malignité vraie, mais sans s'attaquer aux tissus ambiants avec les caractères d'agressivité propres aux cancers; qu'il ne faut pas perdre de vue

non plus que ces végétations grossissent du fait du produit de sécrétion muqueuse, bien plus que par prolifération cellulaire et qu'à leur lieu d'implantation normal, ces cellules versent leur sécrétion au dehors » (*Schweizer Mediz Wochensch.* 1928, n° 27, pp. 684-6911).

Ces cellules greffées sur le péritoine peuvent-elles devenir le point de départ d'une néoplasie véritable? Cette hypothèse, pour le Professeur LEJARS, « soulève une des plus troublantes et des plus difficiles questions de l'histologie pathologique » et nous transcrivons ici l'examen histologique fait par le Docteur BRODIN, au sujet de l'observation du Professeur LEJARS, qui figure dans notre recueil sous le n° 76. « Sur la préparation, on constate l'existence d'une série de cavités plus ou moins régulières, closes ou bien ouvertes, dans les espaces conjonctifs et remplies d'une sorte de mucus très abondant qui donne à la tumeur un aspect gélatineux particulier. Le mucus est sécrété par un épithélium dont l'aspect diffère suivant les points.

Dans certaines régions, l'épithélium tapisse régulièrement une cavité kystique de forme arrondie; il est cylindrique, caliciforme, disposé en une seule couche de type régulier dont le protoplasma élabore du mucus et dont les noyaux petits et arrondis ne présentent ni karyokinèse ni renforcement anormal de leur chromatine; il s'agit là d'un épithélium de siège anormal, mais de cytologie comparable à celle de l'épithélium intestinal.

En d'autres points, cet épithélium tapisse des végétations conjonctives et prend l'aspect d'un épithélioma végétant.. Cette impression est confirmée par l'examen des cellules. Elles forment plusieurs assises, sont irrégulières, ne renferment que peu ou pas de produit d'élaboration protoplasmique. Leur noyau est très hy-

pertrophié, leur richesse en chromatine est accrue, les nucléoles y sont plus apparents; on y trouve d'assez nombreuses karyokinèses. En une zone très limitée, les cellules épithéliomateuses deviennent tout à fait atypiques: polyédriques par pression réciproque, elles s'infiltrant et diffusent dans le tissu conjonctif. Ce dernier présente tous les caractères d'un épithélioma vrai; toutefois, il faut faire des réserves entre un état pré-cancéreux très avancé et une tumeur maligne définitivement constituée. Toute la tumeur offre un état inflammatoire caractérisé par une polynucléose neutrophile et liée à une infection secondaire. »

Et le Professeur LEJARS ajoute : « La lésion originelle appendiculaire ou autre était-elle néoplasique chez cette malade ? Nous n'avons pas de raisons péremptoires et directes pour le nier. Toutefois, l'évolution clinique, la disparition complète de la masse iliaque, le retour à une santé parfaite sont des éléments d'une grande valeur. » Il semble en effet assez rare de constater une évolution maligne dans ces épanchements d'origine appendiculaire. Le pronostic est en général excellent; mais il faut noter cependant qu'on a pu observer un épanchement gélatineux de ce genre lors de cancer de l'appendice. Telle est l'observation de HÜETER, (*Zieglers Beitrage z. Patholog. Anat.*, 1907, XLI, 3 : chez un homme de 35 ans, mort d'une embolie pulmonaire; on trouva au niveau de l'épiploon et dans la région iléo-cœcale, les masses gélatineuses bien connues. L'appendice était oblitéré, près du cœcum par un adéno-carcinôme; à sa pointe il était très aminci et la paroi n'était plus formée que par une fine pellicule. C'était là, d'après l'auteur, les restes d'une perforation cicatrisée.

Le Professeur LEJARS pense « qu'il faut tenir compte de cette coexistence d'un néoplasme et d'un épanche-

ment gélatineux mais cette éventualité ne saurait passer pour fréquente »; il manifeste l'étonnement qu'il a éprouvé en lisant dans la thèse de KEMHADJIAN sur « Le cancer de l'appendice iléo-cœcal », l'affirmation suivante: « que le liquide mucoïde, quand il existe, est absolument caractéristique et que sa présence seule suffit pour diagnostiquer le néoplasme sans le secours du microscope. » Cette association, paraît au Professeur LEJARS, exceptionnelle, mais pour lui, « il convient de réserver quelque place à la transformation néoplasique secondaire des cellules épithéliales de l'appendice émigrées et hétérotopiées. »

Les épanchements gélatineux, d'origine ovarienne ou appendiculaire, dont nous venons d'étudier la pathogénie, ont une origine simple à déterminer, car un seul organe est en cause: appendice ou ovaire. Il est facile, par conséquent, d'établir le rapport de cause à effet. Mais on eut connaissance de plusieurs cas de GALLERTBAUCH dans lesquels appendice et ovaire étaient également modifiés. BONDY, FRAENCKEL et ASCH ont, dans ces cas, adopté le point de vue qu'il s'agissait toujours d'une lésion primitive de l'appendice, alors que d'autres auteurs, comme KUSTNER et Robert MEYER n'acceptaient pas cette hypothèse. Il faudrait envisager séparément chaque cas dans lequel il existe des lésions simultanées et de même degré des ovaires et de l'appendice pour essayer de déterminer quel organe a eu la priorité de la lésion. Mais, même en prenant séparément chaque cas, il est fort difficile de résoudre la question avec certitude. Il ne semble pas cependant que l'appendice et les ovaires soient atteints séparément pour leur propre compte. MERCKEL a prouvé nettement que l'épithélium de la muqueuse de l'appendice peut proliférer à travers la cavité abdominale toute entière d'une manière analogue à la « dégéné-

rescence pseudomyxomateuse » des ovaires et que cet épithélium peut s'étendre en divers endroits sur le péritoine. On ne peut donc pas délibérément rejeter l'hypothèse qu'une portion de cette muqueuse puisse atteindre les ovaires et finalement provoquer dans cet organe une tumeur. D'autre part, il subsiste la possibilité que, surtout lorsqu'il se produit des adhérences inflammatoires anciennes entre l'ovaire droit et l'appendice, des bourgeons épithéliaux de la tumeur ovarienne pénètrent dans l'appendice pour y créer une tumeur. (Observat. de HONTANG, n° 26, d'OTTO, n° 53, d'EDEN, n° 48).

Ces cas, où appendice et ovaires sont également intéressés, sont assez peu fréquents. Ils prouvent la nature maligne de l'affection, mais il ne nous semble pas possible d'établir avec certitude l'organe qui primitivement en cause a donné naissance à la généralisation.

L'étude que nous venons de faire de la pathogénie nous permet d'affirmer qu'il existe entre les épanchements gélatineux d'origine ovarienne et ceux d'origine appendiculaire, une identité absolue : l'analogie existe déjà du point de vue morphologique, histologique et chimique : c'est dans les deux cas le même aspect gélatineux si spécial de ses masses qui à première vue paraissent sans organisation, la même faculté d'enkystement, ou au contraire de diffusion à l'intérieur de la cavité cœlomique ; ce liquide renferme dans les deux cas les mêmes aspects de cellules cylindriques caliciformes, et il peut réagir sur le péritoine de la même façon, en donnant lieu à une péritonite chronique. L'analyse chimique prouve aussi que leur composition est identique. La pathogénie rapproche définitivement ces épanchements d'origine anatomique différente, en démontrant qu'ils doivent être rattachés

à la sécrétion de cellules mucipares qui entrent dans la constitution de l'épithélium de la muqueuse appendiculaire et de l'épithélium de revêtement des kystes mucoïdes de l'ovaire. Ces cellules sont absolument semblables car elles doivent être considérées comme faisant partie d'une même lignée cellulaire, depuis que LECÈNE a vérifié son hypothèse que l'endoderme fœtal, dont dérive le tractus intestinal, pouvait donner lieu à une inclusion ovarienne d'ordre tératologique.

En somme de toutes les théories pathogéniques que nous venons de passer en revue, il semble que la seule acceptable soit la théorie actuelle qui admet la greffe péritonéale de cellules embryonnaires: c'est d'ailleurs à cette théorie que nous nous rallions.

Cette greffe peut se faire, soit après rupture franche d'un kyste de l'ovaire, soit après simple fissuration de son enveloppe fibreuse ou encore par l'usure progressive de cette paroi par des micro-kystes qui s'y développent, l'éraillent et qui, finalement, après rupture de leur poche, laissent échapper leur contenu dans l'abdomen. L'abondance, quelquefois extraordinaire, de ces masses gélatineuses, à tel point qu'il apparaît évident que le kyste qui leur a donné naissance est incapable de les contenir toutes, doit être rattachée au travail de sécrétion des cellules mucipares secondairement greffées par la séreuse. Ces épanchements nous paraissent englober sous un même chef toutes les productions gélatineuses du péritoine, auxquels nous avons fait allusion dans notre introduction et dont la nosographie nous semble assez complexe.

Seuls, les épanchements gélatineux qui reconnaissent comme origine les kystes végétants de l'ovaire, constituent un groupe bien à part de par leurs caractères véritablement néoplasiques.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

I. — Épanchements gélatineux d'origine ovarienne.

Le diagnostic des épanchements gélatineux d'origine ovarienne est d'une difficulté extrême en raison du peu de précision des symptômes qui accompagnent leur apparition et leur évolution. A ces caractères symptomatologiques mal définis, il faut ajouter le fait qu'ils constituent une « affection » assez rare, ce qui explique que l'on ne pense presque jamais à l'hypothèse de cette complication. Il n'y a donc rien d'étonnant si les erreurs de diagnostic sont fréquentes et si ces épanchements constituent de véritables trouvailles opératoires ou d'autopsie.

Aussi, sans vouloir résoudre d'une façon nette et précise une question aussi complexe, nous allons passer en revue quelques affections abdominales qui peuvent simuler les épanchements qui nous occupent. Nous nous arrêterons particulièrement sur l'ascite et les kystes ovariens qui, du point de vue clinique, offrent

de grandes analogies avec « l'ascite gélatineuse » et devant lesquels le chirurgien sera souvent conduit à hésiter. Frappé par cet aspect clinique, le chirurgien devra penser à l'existence possible d'un épanchement gélatineux du péritoine: ce sera, quelquefois, le premier pas vers le diagnostic.

Avant toute chose, il faudra rechercher soigneusement dans les antécédents, si avant l'apparition de la distension abdominale la malade n'a pas remarqué l'existence d'une tumeur plus ou moins importante qui aurait diminué de volume ou même disparu complètement (*première période*). Il faudra également se renseigner sur les phénomènes qui ont pu accompagner cette phase de disparition de la tumeur, essayer de mettre en évidence un épisode douloureux, « *phase de surprise péritonéale* » qui marquerait l'envahissement de la séreuse.

I° Dans un premier groupe de cas, les antécédents étant muets et rien d'anormal ne pouvant être noté, sauf l'augmentation progressive du périmètre adominal avec les symptômes fonctionnels de compression (troubles mécaniques) qu'elle entraîne, ces épanchements entrent dans la catégorie des « *gros ventres d'allure chronique* ». Quand on voit une malade de ce genre, d'emblée on éprouve l'impression qu'on se trouve en présence d'une *ascite banale* et cette idée première semble se confirmer à l'examen physique que l'on fait de la patiente. Les symptômes paraissent identiques au premier abord: même ventre volumineux, évasé latéralement, avec circulation périphérique marquée, à peu près même sensation de flot; mais, dans l'ascite séreuse, la matité est surtout nette dans les flancs, elle est à concavité supérieure et l'épigastre est sonore.

D'autre part, dans les décubitus latéraux, la matité se déplaçant avec grande facilité, le flanc relevé devient sonore.

En général, « l'ascite gélatineuse » est beaucoup moins mobile, l'abdomen est mat dans toute son étendue et cette matité ne varie pas avec les changements de position de la malade en raison de la viscosité spéciale du liquide. La sonorité des flancs devra être recherchée.

Mais il arrive quelquefois qu'on trouve à la percussion, dans toute la région sus-ombilicale, entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic et sur toute la largeur de l'étage supérieur de l'abdomen, une sonorité rappelant celle de l'ascite séreuse comprise entre les deux cornes de la matité (Obs. du D^r DIEULAFÉ, n° 50, obs. du D^r GIRAUD n° 59). De plus, « le froissement colloïde » décrit par OLSHAUSEN n'est ni constant, ni spécifique, la sensation de « tremblement » ne se retrouve pas dans tous les cas, et la tension trop grande de l'abdomen interdit la palpation; on est donc plutôt porté à penser qu'on se trouve en présence d'une ascite ordinaire dont on recherche alors l'étiologie. Dans l'observation de HONTANG (n° 26), on pouvait croire en raison des symptômes d'asystolie assez marqués que présentait le malade, à une ascite et à un œdème des membres inférieurs d'origine cardiaque ou cardio-rénale. En réalité, il s'agissait d'une insuffisance cardiaque fort probablement fonctionnelle sous la dépendance d'un épanchement gélatineux. On pourra également, en raison de ces analogies cliniques, envisager l'hypothèse d'un mal de BRIGHT ou d'une cirrhose de LAENNEC, comme dans l'observation de M. OTTO (n° 52). Il sera nécessaire de passer en revue les différents appareils et cet examen le plus souvent est négatif.

tif: le cœur ne présente pas de lésions orificielles, les reins fonctionnent parfaitement, le foie est normal.

On songera alors aux différentes affections péritonéales capables de donner une ascite.

On discutera la *péritonite tuberculeuse*: la forme ascitique, assez rare chez l'adulte, ne retiendra pas l'attention; la *forme fibro-caséeuse* au contraire semblera s'imposer dans certains cas d'épanchements gélatineux du péritoine où une tension un peu moindre de la paroi abdominale rendra accessible la palpation des masses gélatineuses; elles donnent alors une impression de résistance élastique, de mollesse particulière, qu'on sera tenté de rapprocher des « gâteaux péritonéaux » de la forme fibro-caséeuse de la péritonite tuberculeuse. Mais, dans la péritonite tuberculeuse, cet empâtement généralisé n'est perceptible qu'à la palpation profonde, tandis que cette même sensation est beaucoup plus superficielle dans « l'ascite gélatineuse ». D'autre part, la matité en damiers de l'ascite tuberculeuse cloisonnée, la fièvre en plateau à 38°-38°5, ou la fièvre à oscillations sont des signes que l'on ne retrouve pas dans les épanchements gélatineux.

Certaines tumeurs abdominales peuvent également donner le change; on croit être en présence d'un *kyste de l'ovaire*, mais la tumeur en général, unilatérale à ses débuts, a été remarquée depuis longtemps par la malade; elle a envahi progressivement la cavité abdominale; le ventre pointe en avant, et n'est pas tendu uniformément. La matité est à convexité supérieure; les flancs et l'épigastre sont sonores. La sensation de flot n'existe pas, sauf dans les kystes séreux. Mais il faudra se souvenir cependant que l'on peut ressentir à la palpation d'un kyste mucoïde le « froissement colloïde » d'OLHSAUSEN, pour ne pas conclure, de la présence de ce seul signe, à l'existence d'un épanchement

gélatineux du péritoine. Le toucher, qu'on n'oubliera jamais de pratiquer, donnera des renseignements précieux: le kyste apparaîtra comme une tumeur, nettement indépendante de l'utérus; le corps utérin ne sera jamais dans sa position normale: il sera dévié, basculé, infléchi latéralement, en arrière, en avant, ou même coiffé par la poche et comme inclus dans la paroi kystique. Quelquefois une ascite séreuse ou hémorragique peut accompagner un kyste de l'ovaire; on essaiera alors de percevoir au niveau du kyste, « le ballotement spécial » ou le « choc en retour » qui s'ils existent pourront aider le diagnostic.

C'est surtout le fait des *kystes ovariens épithéliomateux, dits papillaires*, de s'accompagner d'ascite, le plus souvent hémorragique. On recherchera alors par l'exploration de surface et de consistance si la masse tumorale présente des blocs d'induration, sur les parois de la poche abdominale ou à la base, accessible par le vagin et le cul de sac postérieur. Ces segments durs feront craindre la dégénérescence maligne, l'épithélioma secondaire et l'hypothèse prendra corps si la tumeur est adhérente, immobilisée. Au toucher vaginal, on éprouve la même impression d'épaississement, de blindage, une véritable gangue occupant le pelvis.

La prolifération néoplasique s'étale d'ailleurs à la surface de la poche et se propage plus ou moins loin sur les anses grêles, sur le péritoine pelvien, sur l'épiploon. Des noyaux cancéreux secondaires s'y développent, l'ascite augmente de volume et c'est alors que l'affection ressemble de façon frappante aux épanchements gélatineux qui ont donné naissance à des greffes de cellules mucipares, multiples et disséminées sur le péritoine, l'épiploon, le petit bassin, entre les anses grêles, etc.. Cependant les impressions tactiles recueillies au palper et au toucher vaginal ne sont

pas les mêmes, et l'état général quoique très atteint, n'arrive jamais à cet état extrême de déchéance organique, qui caractérise la cachexie cancéreuse ; enfin, dans les épanchements gélatineux, les réactions ganglionnaires font défaut ; il n'y a pas d'adénite néoplasique par métastase.

On pourra discuter encore l'hypothèse d'un *cancer colloïde* du péritoine, caractérisé par des tumeurs très développées, molles, végétantes gélatineuses, mais, le cancer colloïde est exceptionnellement primitif ; presque toujours secondaire à un cancer viscéral, on retrouvera, en général, une histoire clinique qui permettra de poser le diagnostic de néoplasme péritonéal secondaire à un cancer de l'estomac, de l'intestin, etc... D'ailleurs, l'état général, les adénopathies cancéreuses, seront, ici encore, des éléments précieux de diagnostic.

On pensera enfin que les épanchements péritonéaux, les ascites secondaires aux cancers viscéraux ne sont pas gélatineux : ils sont séreux, séro-hémorragiques. Mais du cancer primitif (estomac ou intestin), à la faveur de ce liquide, se détachent des cellules cancéreuses, véritables greffes qui, suivant la loi de la pesanteur, parcourent le liquide séreux intrapéritonéal, pour venir se déposer dans les parties déclives de l'abdomen, dans le petit bassin, dans le Douglas, où elles forment par prolifération, des tumeurs secondaires. Le toucher vaginal ou rectal permettra de les déceler (P^{rs} VINCENT et FERRARI).

Dans les cas douteux que nous venons d'étudier, il sera toujours nécessaire de compléter l'examen clinique par une *ponction exploratrice*. Cette ponction sera pratiquée à l'aide d'un gros trocart ou même d'un aspirateur ; on veillera à l'asepsie la plus rigoureuse, car une inoculation microbienne dans ce milieu de cul-

ture particulièrement favorable, peut provoquer une péritonite mortelle. Par obstruction de la lumière du trocart par les masses gélatineuses, la ponction, le plus souvent, restera blanche. Ce phénomène frappera d'autant plus l'observateur que les signes constatés sont ceux d'une ascite ou d'un kyste séreux de l'ovaire, dans lesquels, si on vient à ponctionner, le liquide s'écoule toujours avec facilité. 'Quelquefois, cependant, on arrivera à recueillir quelques parcelles d'une matière épaisse, jaunâtre, gélatineuse, tremblotante, tout à fait caractéristique. L'écoulement de cette substance sera discontinu, entrecoupé sans cesse par des arrêts dus aux oblitérations fréquentes du trocart par les masses gélatineuses trop volumineuses qui s'y engagent. La ponction sera d'ordinaire insuffisante pour apporter une amélioration aux phénomènes mécaniques de compression, présentés par la malade, car par ce moyen, il sera impossible d'évacuer complètement l'abdomen de ces masses qui l'encombrent. Malgré tout, la petite quantité du produit gélatineux qu'on aura pu recueillir servira à pratiquer un examen anatomo-pathologique, une analyse chimique, dont nous avons plus haut exposé les résultats.

II°. Dans un second groupe d'observations, les commémoratifs donnent au chirurgien des renseignements importants. La malade déclare que depuis plusieurs mois ou plusieurs années, elle portait une tumeur abdominale, dont elle a noté, un jour, la disparition ou la diminution de volume, à la suite d'un traumatisme ou même spontanément; elle a constaté que son ventre a changé de forme, soit brusquement, soit plusieurs semaines plus tard. Ces phénomènes se sont accompagnés de douleurs plus ou moins vives: il y a eu « une phase de surprise péritonéale » sans réaction

secondaire bien importante. Quels diagnostics peut-on envisager dans ce cas particulier ?

La rupture d'un kyste séreux de l'ovaire: Dans le cas de rupture d'un kyste séreux, les symptômes objectifs observés seront à peu près les mêmes que ceux constatés dans la rupture d'un kyste gélatineux. Il faudra se baser sur les différences données par la palpation, par la percussion. Les kystes séreux rompus se rapprochent beaucoup plus de l'ascite banale que les épanchements gélatineux et on cherchera, par le palper et le toucher vaginal, à mettre en évidence la masse kystique. On essaiera de savoir si la rupture du kyste n'a pas été accompagnée d'une débacle urinaire; il est probable que l'absorption du liquide par le péritoine et son évacuation ensuite par les reins, n'a lieu, au moins d'une manière appréciable, que dans le cas où le liquide épanché est séreux. Dans les cas de rupture d'un kyste gélatineux, on note, en général, l'absence de diurèse consécutive, l'absorption par la séreuse péritonéale paraissant ici ne pas se faire, ou tout au moins ne se produire que progressivement, à échéance très éloignée. D'autre part, la ponction ramène un liquide séreux ou plus moins visqueux, qui s'écoule très facilement par le trocart, et qui ne rappelle en rien le liquide gélatineux.

On pourra songer également à une *maladie hydatique du péritoine*. L'échinococcose péritonéale peut débiter de façon insidieuse, soit que la rupture causale d'un kyste viscéral, soit passée inaperçue, soit qu'il y ait en fissuration lente, ne s'accompagnant d'aucun accident clinique grave. En général on trouve dans les antécédents de la malade, l'histoire d'accidents aigus dus à la rupture d'un kyste viscéral, le plus souvent hépatique, quelquefois splénique. A la suite de la rupture spontanée ou traumatique d'un

kyste hépatique, la manifestation la plus précoce est un *cholépéritoine hydatique*, simulant l'ascite. La paracentèse donnera la clef du diagnostic: le liquide est verdâtre et un examen microscopique y décèlera la présence de scolex. Mais cette rupture peut rester latente et ce n'est que plusieurs mois, quelques années même après la rupture du kyste hydatique que l'ensemencement du péritoine se manifestera avec les mêmes signes cliniques que dans les épanchements gélatineux. Les symptômes subjectifs sont à peu près identiques: Ce sont des troubles de compression thoraco-abdominale. Quant au kystes hydatiques qui sont essaimés sur la surface péritonéale, sur l'épiploon, dans le petit bassin, dans les loges splénique et sous-hépatique, ils apparaîtront comme des bosselures plus ou moins régulières au niveau de l'abdomen: ces masses régulières, élastiques ou fluctuantes, simulent quelque peu les masses gélatineuses. Dans certains cas de kystes hydatiques péritonéaux, le frémissement hydatique existe. Il sera bon de la distinguer de la sensation de « froissement », de « tremblement », que l'on ressent dans l'épanchement gélatineux, afin d'éviter une erreur de diagnostic. Il sera également utile de questionner la malade pour savoir si après la rupture du kyste hydatique elle n'a pas eu une crise d'urticaire plus ou moins marquée. La réaction de WEINBERG et l'intradermo-réaction de CASONI, devront être pratiquées, car elles seront d'une grande utilité.

III^e Enfin, dans les cas où la malade aura déjà subi une opération pour kyste gélatineux de l'ovaire, il faudra penser en présence d'un « gros ventre » tel que nous l'avons décrit, à une récurrence toujours possible d'un épanchement gélatineux. La cavité péri-

tonéale ne peut pas être débarrassée entièrement de son contenu et l'éventualité fâcheuse de greffes de cellules mucipares est toujours à craindre.

II. — Épanchements gélatineux d'origine appendiculaire.

Leur imprécision symptomatique rend également le diagnostic presque impossible. On pourrait seulement, en présence d'une crise appendiculaire amenant la formation d'une tumeur abdominale, songer à la possibilité d'un épanchement gélatineux. Mais, il ne s'est pas encore trouvé de cas où l'on ait pu assister ainsi, presque de visu, à cette formation. On s'est toujours trouvé en présence d'une affection déjà ancienne dont le malade ne s'était pas aperçu et dont il ignorait lui-même le mode de début et la date d'apparition. Ici, comme pour l'ovaire, il est donc nécessaire de penser toujours à la possibilité de l'un de ces épanchements, toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une tumeur de la fosse iliaque droite.

Nous ne pouvons nous étendre sur les diagnostics possibles avec toutes les variétés d'appendicite, toutes les affections du cœcum à forme néoplasique. Nous ne retiendrons que les tumeurs abdominales s'accompagnant d'épanchement dans la cavité péritonéale, de substances plus ou moins transparentes, gélatineuses, de consistance molle, élastique, qui pourraient être confondues avec la sécrétion appendiculaire.

Lorsqu'au cours d'une intervention, on tombe par mégarde sur l'un de ces épanchements, on reste, en général, incertain quant à la nature de la production que l'on découvre. L'idée dominante est celle d'un

néoplasme malin (CHAVANNAZ, NEUMANN, TROTTER), parfois celle d'un kyste de l'ovaire rompu (NEUMANN). En effet, *le cancer colloïde du péritoine*, se présente avec l'aspect de ces épanchements: mêmes masses gélatineuses, molles, végétantes, non encapsulées, libres dans la cavité péritonéale. Mais, lorsqu'il s'agit d'un cancer, l'état général est plus mauvais, la marche de l'affection plus rapide.

La tuberculose du cæcum qui se montre le plus souvent sous la forme hypertrophique peut être confondue avec un épanchement gélatineux, surtout à cause du siège de la tumeur. Mais celle-ci est plus dure, plus bosselée, plus douloureuse à la pression dans la tuberculose; la marche est chronique, aussi, dans ces cas et aboutit à la cachexie; mais la diarrhée s'installe rapidement. Enfin, lors de l'intervention, l'aspect macroscopique des productions tuberculeuses cœcales ne peut être confondu avec les masses gélatineuses provenant d'une perforation appendiculaire.

Les tumeurs colloïdes cæco-appendiculaires peuvent simuler à s'y méprendre l'épanchement gélatineux intra-péritonéal consécutif à la perforation d'une appendicite kystique; même tuméfaction dans la fosse iliaque droite, même point de départ, même aspect macroscopique des lésions. D'après LAFFORGUE (Th. de Lyon 1893), « l'organe est alors dilaté en une poche close de toutes parts; le contenu de cette poche est cloisonné par la charpente connective, caractéristique du carcinome colloïde. On y trouve une substance gélatineuse traversée par des travées pigmentées d'un brun noirâtre; son aspect alvéolaire fait penser qu'il s'agit de dégénérescence limitée à un groupe de glandes appendiculaires et de proche en proche généralisée. Cette substance gélatineuse est légèrement opaque, granuleuse, d'un blanc jaunâtre. Elle paraît

d'abord être sans structure mais un examen approfondi, permet d'y découvrir des zones concentriques de substance gélatineuse. On y trouve des noyaux oblongs, des cellules isolées et enfin tous les éléments qu'on rencontre dans les cancers alvéolaires. Le volume de ces tumeurs peut-être très considérable. Ces tumeurs colloïdes peuvent envahir la peau, l'ulcérer, se fistuliser et s'infecter secondairement. »

En résumé, les cas les plus fréquents d'épanchements gélatineux du péritoine, ayant été rencontrés chez les femmes atteintes de kystes de l'ovaire, il est naturel de songer en présence de formations muqueuses du péritoine à la rupture de l'un de ces kystes; lorsqu'on rencontre ces épanchements chez l'homme il faut chercher leur origine dans l'appendice. En conséquence, s'il s'agit d'une femme, la première chose à faire, est de rendre compte de l'état des ovaires; si ceux-ci paraissent sains sans aucune trace de dégénérescence kystique macroscopiquement appréciable, il faudra alors penser à l'existence possible d'un pseudo-kyste appendiculaire.

Comme on le voit, il n'existe pas de signe pathognomonique permettant de poser un diagnostic de façon absolue; ce diagnostic reposera donc sur des *signes de probabilité* et c'est pourquoi, nous le répétons, en présence d'un épanchement péritonéal et à plus forte raison si l'on a affaire à une femme, il faudra toujours penser à l'éventualité possible, d'un épanchement gélatineux. On s'efforcera alors de faire préciser à la malade si elle n'avait pas auparavant un kyste de l'ovaire, déjà diagnostiqué par un médecin. A défaut d'un diagnostic de kyste bien établi, il importera de faire préciser à la malade si elle n'avait pas un ventre plus ou moins proéminent, latéralement. Il faudra également rechercher avec soin la phase

douloureuse de « surprise péritonéale » qui marque en somme le début de l'épanchement. Si la rupture s'est faite à grand fracas avec douleur brutale, violente, la malade en a gardé le souvenir et elle la signalera au clinicien. Si la perforation s'est faite insidieusement, provoquant des troubles vagues, des malaises, des coliques accompagnées d'état lipothymique, en établissant d'une façon évidente l'existence de ces signes, un grand pas sera fait dans l'établissement du diagnostic. Au surplus, il ne faudra pas hésiter à faire une ponction exploratrice. Si cette ponction est blanche, ce sera déjà un signe en faveur des masses épaisses ne pouvant passer par le trocart, donc un symptôme d'épanchement gélatineux possible. Si elle est positive, le microscope tranchera définitivement la question.

CHAPITRE VII

ÉVOLUTION-PRONOSTIC

I. — Épanchements gélatineux d'origine ovarienne.

Nous avons eu l'occasion, au cours des différents chapitres de notre thèse, de faire allusion à l'évolution de ces épanchements, notamment au chapitre de la symptomatologie. Nous rappellerons ici, en les synthétisant, les différentes données, se rapportant à la marche clinique de ce processus morbide.

L'évolution est, en règle générale, extrêmement lente. Ces épanchements peuvent durer très longtemps sans provoquer de phénomènes généraux graves. Il peut arriver même que leur évolution se termine à ce stade. Le liquide épanché constitue, au sein de la cavité abdominale, une masse inerte qui n'augmente pas sensiblement de volume et qui peut persister indéfiniment, sans apporter pour cela de gêne organique appréciable et sans modifier l'état général. C'est là, le fait des « ascites gélatineuses » bénignes ou simples.

Mais dans les cas d'épanchements avec greffes cellulaires péritonéales, l'évolution est toute autre. Ils ont tendance, en effet, à accroître continuellement leur masse par le fait de l'apport constant du produit de sécrétion des cellules mucipares, restées à l'intérieur du kyste rompu ou greffées sur les feuilletts péritonéaux, et le pouvoir de résorption péritonéale, d'ailleurs très réduit en ce qui concerne ces masses gélatineuses, est impuissant à contre-balancer cette activité de sécrétion.

Au bout de plusieurs mois, quelquefois même un ou deux ans après la rupture ou la fissuration du kyste, le maximum de distension abdominale étant atteint, la santé générale s'altère. L'anorexie s'installe; talle; on note de la diarrhée avec des alternatives de constipation, une légère fièvre hectique. Des phénomènes d'ordre mécanique apparaissent; ce sont des troubles de compression divers: la gêne de la circulation se traduit par des œdèmes des membres inférieurs, de la paroi abdominale et une circulation collatérale très importante se constitue dans le domaine porto-cave. Cette stase périphérique arrive à gêner considérablement le travail du cœur, au point d'amener une insuffisance cardiaque purement fonctionnelle, pouvant entraîner des accidents graves d'asystolie. La dyspnée, accident fonctionnel fréquemment noté, doit être rattachée à un espèce de « blocage » du diaphragme, dont le jeu a perdu de son amplitude normale, à la suite du refoulement qu'il subit de la part de l'épanchement intra-péritonéal. L'asthénie de plus en plus marquée, l'amaigrissement rapide contribuent à donner à la malade un aspect cachectique, très voisin de celui des cancers. Mais cette cachexie ne s'installe qu'avec lenteur, en raison du peu de tendance qu'a l'affection, à se propager ailleurs que dans le péri-

toine. CRUYEILHIER dit d'ailleurs: «il est fort rare que la maladie se reproduise en dehors de la cavité abdominale et à plus forte raison, il est sans exemple qu'elle ait envahi l'organisme tout entier.» C'est le contraire comme on le sait pour toutes les espèces de cancer même pour celles qui passent pour les moins malignes: la terminaison fatale est en général rapide dans le cancer; dans les épanchements gélatineux du péritoine d'origine ovarienne, les malades tardent à mourir.

Les deux aspects évolutifs de ces épanchements expliquent les divergences des auteurs, au point de vue du pronostic.

C'est ainsi que pour NEPVEU, l'épanchement intrapéritonéal, des kystes colloïdes comportent un pronostic des plus sévères: «Le liquide de ces kystes est très funeste, dit-il; c'est du reste une vieille remarque qu'ont faite depuis longtemps les ovarioto-mistes: sept cas, sept morts. Dans toutes ces observations la mort a été prompte; dans l'une (BRIGHT), il y a eu mort subite.» Ces conclusions furent pendant longtemps acceptées et reproduites par la plupart des auteurs. CLAUDE et LEVI, considèrent ces épanchements comme une dégénérescence colloïde fatalement mortelle, au même titre que les autres cancers viscéraux, mais ces auteurs reconnaissent que cette dégénération a une puissance d'infection beaucoup moindre que la dégénérescence cancéreuse. Sa marche est moins rapide que celle des autres cancers et sa gravité tiendrait plutôt à une impotence physiologique de la séreuse atteinte et à l'étendue des lésions qu'à la malignité même de la néoplasie. Pour KING, le pronostic est toujours fatal: ces épanchements évoluent comme une affection maligne en un ou trois ans; l'intervention précoce sur un processus encore bien localisé

serait pour KING, la seule chance de guérison. Dans sa thèse du « Pseudomyxôme du péritoine », GOURSOLAS pense qu'il s'agit là d'une affection grave; la « maladie » progresse lentement et se termine invariablement par la mort; le pronostic, moins sombre cependant que dans les cancers, lui paraît plus grave que celui des kystes de l'ovaire, traduisant une malignité particulière du kyste, dont l'épanchement constitue une complication redoutable. VILLIET, dans son travail inaugural : « Ascite gélatineuse et kystes de l'ovaire », sans conclure d'une façon catégorique, aurait plutôt tendance à considérer ces épanchements comme une forme de cancer, qui n'est pas susceptible de guérison.

En 1892, dans sa thèse, LAIR, au nom du Professeur PONCET, s'était élevé contre cette prétendue gravité et à l'appui de sa protestation, il avait fourni des observations cliniques très étudiées: c'est ainsi qu'il rapporte deux exemples d'ovariotomies pratiquées par le Professeur PONCET, dans lesquels le liquide provenant de la rupture d'un kyste de l'ovaire, était gélatineux; dans les deux cas aucun symptôme grave ne fut noté (Obs. 33 et 34).

LAIR cite également un article de DOUGLAS « sur les complications des kystes de l'ovaire » paru dans le *New-York medical journal* du 21 décembre 1889 et dans lequel il a relevé le passage suivant: « Les deux seuls exemples de rupture de kyste que j'ai vus, contenaient une substance colloïde. Dans aucun des deux cas, la rupture n'était annoncée par des symptômes suffisants de diagnostic. Un de ces cas s'est présenté dans le service de M. MEREDITH, à The Samaritan Hospital de Londres. Le péritoine, les intestins, le foie et la rate étaient complètement recouverts de substance colloïde. Le kyste s'était certainement rupturé quel-

ques temps auparavant. Cependant il n'y avait aucun symptôme de péritonite. C'était un cas extrêmement difficile à opérer. Une quantité de substance colloïde fut laissée en arrière bien qu'on fit une irrigation. On ne fit pas de drainage. La malade revient sans complication.»

DEMONS, dans une série de communications faites à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux (1896) reprit la question. Il rapporta trois cas personnels de rupture intra-péritonéale de kystes colloïdes de l'ovaire, dans lesquels la terminaison avait été très heureuse et il insista sur la possibilité de la guérison. Pour lui, la présence ou l'absence de microbes dans le liquide épanché a une importance pronostique considérable. C'est aussi l'opinion de SPIEGELBERG et d'OLSHAUSEN qui croient que l'épanchement gélatineux n'est pas très dangereux tant qu'il n'est pas mélangé de substances étrangères, telle que du pus, ou du sang. Presque en même temps que le Professeur DEMONS, le Professeur BOURSIER, dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* d'avril 1897, étudiait les observations sur lesquelles NEPVEU s'était basé pour porter un pronostic aussi sombre. Il put, sur sept des observations signalées par NEPVEU, ne s'en procurer que quatre: c'est sur ces quatre cas que porta l'analyse du Professeur BOURSIER. Voici ses conclusions exposées dans le thèse de Mme LAMUGUE (th. Bordeaux 1898, p. 65): « Pour les quatre observations, la cause de la mort ne paraît pas devoir être attribuée sans discussion à la rupture du kyste. Dans le cas de BAILLY (*Société anatomique de Paris*, 1854, p. 52), la rupture a eu lieu sur un kyste enflammé par une ponction antérieure; donc le liquide avait été par ce fait, probablement infecté. Dans l'observation de SPENCER WELLS (*Medic. Times*, 1861, 1^{er} mars, II, p. 246), la

péritonite qui a causé la mort est due à une ponction et non à une rupture du kyste. Dans le fait de SPIEGELBERG (*Archiv. für Gynakolog.*, 1870), la malade est morte de péritonite, mais à la suite d'une ovariectomie et cette inflammation est souvent la conséquence de cette opération. Enfin dans le cas de MENZEL (*Il Morgagni*, 1873, p. 436, et *Gazette médicale de Paris* de 1873, l'épanchement gélatineux abdominal a duré plusieurs mois avant que la malade ne succombât et on n'a trouvé à l'autopsie que des lésions de péritonite chronique. Il est donc inexact de dire ainsi que l'a fait NEPVEU: « sept cas, sept morts » et encore moins d'ajouter « dans tous les cas, la mort a été prompte », puisque sur sept cas, nous en voyons quatre où la mort peut être expliquée différemment. »

Il semble bien, en effet, que les observations rapportées par NEPVEU, soient de valeur douteuse puisqu'elles datent de 1870, avant l'ère antiseptique, mais ne faut-il pas considérer aussi, comme un peu exagéré l'optimisme du Professeur BOURSIER, quand il déclare que « l'épanchement dans le péritoine de la matière colloïde, dû à la rupture d'un kyste de l'ovaire, détermine des phénomènes péritonéaux plutôt chroniques qu'aigus; que l'intervention est possible même longtemps après la rupture et que le plus souvent elle est suivie de la sédation des phénomènes péritonéaux et de la guérison de la malade. » Cependant, dans une réponse au Professeur DEMONS (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1907) le Professeur BOURSIER, avait soin d'ajouter: « Dans les kystes glandulaires de l'ovaire, le liquide ne présente pas de propriétés dangereuses et récemment encore, j'ai eu l'occasion de constater la bénignité de la rupture. Mais ceci semble s'appliquer uniquement aux kystes mucoïdes glandulaires, car il en est autrement pour les kystes mu-

coïdes papillaires dont le liquide contient des éléments dangereux de dissémination papillaire et dont la rupture expose aux complications de la greffe néoplasique dans la cavité abdominale. »

Le pronostic de ces épanchements nous paraît étroitement lié à leur pathogénie. Sans nier leur caractère quelquefois véritablement cancéreux, nous ferons cependant remarquer que les cas, dans lesquels l'évolution et la terminaison ont été des plus favorables, sont fréquents.

C'est ainsi qu'un épanchement gélatineux simple, sans greffes péritonéales de cellules mucipares, comporte un pronostic excellent..

Après rupture du kyste ovarien l'épanchement n'aura guère tendance à augmenter de masse, et si la guérison spontanée nous paraît impossible, en raison du faible pouvoir de résorption du péritoine vis-à-vis de ce liquide épais et visqueux, du moins l'état général de la malade n'aura pas à souffrir de la présence de cette masse inerte. Mais il faut cependant que ce liquide reste absolument aseptique, la moindre inoculation (ponction mal faite, par exemple) pouvant être le point de départ d'une péritonite mortelle. L'intervention amènera, dans ce cas, une guérison complète et définitive.

Le pronostic paraît plus sombre dans les épanchements qui, issus de kystes mucoïdes, se compliquent de greffes de cellules mucoïdes sur la séreuse péritonéale, sur l'épiploon, dans le petit bassin. L'allure clinique rappelle celle d'un cancer. L'évolution peut même être aggravée par des complications (accidents de compression) mais le pronostic est susceptible d'être amélioré si l'on intervient assez tôt. Il faut reconnaître, il est vrai, que la guérison est le plus souvent incomplète; la malade ne sera pas à l'abri d'une ou

de plusieurs récidives, même après des interventions répétées. Mais ces récidives ne sont pas immédiates : elles se produisent à longue échéance, n'entraînant la mort, par épuisement plutôt que par intoxication générale, qu'au bout de plusieurs années après la première opération (2 ans, 3 ans, 11 ans dans un cas rapporté par FRITSCH). Le pronostic semble donc meilleur que celui du cancer ; dans le néoplasme, la terminaison se fait plus rapidement, activée même quelquefois, par une opération qui paraît donner un coup de fouet à la généralisation.

Enfin, dans les cas d'épanchements gélatineux qui trouvent leur origine dans les kystes végétants de l'ovaire, les métastases néoplasiques multiples, constituées par des cellules mucoïdes malignes, rendent le pronostic fatal.

II. — Épanchements gélatineux d'origine appendiculaire.

Ils restent bénins, en règle générale et le pronostic est relativement bon. La présence, dans le péritoine, de ce produit ne paraît pas amener de complications quelles qu'elles soient. Cette substance est généralement dépourvue de microbes et lorsqu'on note des réactions inflammatoires aiguës du péritoine, elles sont le fait, non de la présence de l'épanchement, mais de l'infection appendiculaire. « D'autre part l'histoire clinique, des cas relatés d'épanchements gélatineux du péritoine témoigne du reste en faveur de cette bénignité et l'on ne trouve pas d'exemples de ces récidives et de cette cachexie progressive que sont d'observation courante dans la forme ovarienne. » (LEJARS).

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT ET SUITES OPÉRATOIRES

La thérapeutique est simple et ne prête plus actuellement à discussion.

1° Dans les *cas récents d'épanchements d'origine ovarienne* (quelques jours, une semaine après une rupture diagnostiquée de kyste de l'ovaire), l'intervention ne devra pas être différée, car elle empêchera, très souvent, les greffes péritonéales de se faire. Après une laparotomie médiane classique, on évacuera à la main la plus grande partie des masses gélatineuses; puis, le kyste ovarien ayant été repéré, on pratiquera son ablation.

Le second ovaire et l'appendice seront vérifiés avec soin. GOURSOLAS préconise même, l'hystérectomie totale avec castration afin d'éviter une récurrence possible sur l'autre ovaire. Cette précaution nous paraît ne pas devoir être négligée.

Après extirpation de la masse tumorale, le chirurgien devra apporter tous ses soins à la toilette péritonéale. C'est bien souvent le temps opératoire le plus délicat et le plus difficile car la viscosité spéciale de ce

liquide gluant qui n'imprègne pas la compresse, gêne et retarde l'opérateur. Dans les épanchements de date peut-être prolonger l'intervention un peu plus qu'on récente, la malade n'étant pas trop affaiblie, on pourra ne devrait le faire, pour assurer l'assèchement complet des moindres replis péritonéaux. L'abdomen sera complètement refermé sans drainage.

2° *Dans les cas d'épanchements gélatineux d'origine ovarienne* qui évoluent déjà depuis plusieurs mois ou depuis 1 à 2 ans, la laparotomie, que l'on pratiquera quelquefois dans un but de contrôle sera, comme le dit TERRILLON: « le premier temps d'une opération qu'on termine ou qu'on ne termine pas suivant les indications qu'a fournies l'examen par la vue et par le toucher. »

Si l'épanchement gélatineux paraît simple, on pratiquera l'ovariotomie uni ou bilatérale et on procèdera au vidage complet du péritoine.

S'il existe des couches visqueuses trop adhérentes aux feuillets péritonéaux, à l'épiploon, etc..., faisant supposer des greffes de cellules mucoïdes déjà anciennes, il est préférable de ne pas tenter de les enlever. On risquerait de traumatiser la séreuse péritonéale, et d'augmenter le choc opératoire chez des malades dont l'état général est déjà trop alarmant. Il faut donc aller vite: on enlèvera, comme le conseille PEAN le plus possible de matière gélatineuse, la tumeur provocatrice sera extirpée et le ventre refermé sans drainage.

Si, enfin, l'essaimage de tout l'abdomen, la dégénérescence totale du grand épiploon épaissi, comme cartonné, l'adhérence à la cavité pelvienne de la tumeur ovarienne, font supposer une affection maligne, toute tentative d'extirpation est inutile. L'abdomen est, dans

ces cas, refermé sans drainage après évacuation du trop plein péritonéal.

Nous insistons particulièrement sur la *toilette du péritoine* qui doit être faite très soigneusement dans tous les cas où elle est possible. L'exemple du Professeur PONCET qui « ne cherche pas du tout à faire la toilette du péritoine en raison même de l'impossibilité où on serait de la faire même très incomplètement » ne semble pas démontré par les nombreuses observations où une amélioration évidente a été notée après cette évacuation qui nous paraît indispensable. Il faut penser avant tout à l'intérêt des malades, qui se trouvent soulagés après cette opération pour de longs mois.

Le *lavage du péritoine* préconisé par les anciens auteurs qui employaient de l'eau bouillie simple ou mélangée avec de l'acide salicylique, de l'acide phénique, du thymol est passé de mode. D'autre part il peut provoquer des lésions caustiques du péritoine.

Le *drainage* nous paraît également contre-indiqué. Il est inutile, parce que les masses gélatineuses ne peuvent s'écouler par le drain, et dangereux parce qu'il peut être une porte d'entrée à l'infection. Il est préférable de suivre l'exemple de PEAN qui *fermait complètement* la paroi. Des guérisons ont été observées, il est vrai, à la suite du drainage (PONCET) mais le pourcentage des péritonites mortelles reste plus élevé dans les cas où les chirurgiens ont drainé que dans les observations où la fermeture de l'abdomen a été immédiate.

Enfin nous nous permettrons, avec notre Maître, M. le Professeur FERRARI, d'émettre une opinion toute gratuite d'ailleurs car elle n'est basée sur aucune expérience probante, au sujet des greffes péritonéales malignes issues des kystes végétants de l'ovaire. Ces cellules embryonnaires seraient peut-être influencées

par la radiothérapie pénétrante: ce sont des cellules jeunes, riches en chromatine sur lesquelles les rayons X devraient avoir théoriquement un pouvoir neutralisant. Ces séances de radiothérapie pénétrante devraient être mises en jeu aussitôt après l'intervention, qui n'aurait eu d'autre utilité que de renseigner le chirurgien sur la malignité de l'affection en cause.

3° *Dans les épanchements gélatineux d'origine appendiculaire*, le traitement est très simple. Il consiste dans l'appendicectomie suivie de l'évacuation aussi complète que possible des masses gélatineuses. Cette opération ne paraît pas comporter de suites bien spéciales, l'appendice, source de la tumeur et d'inflammation, ayant été enlevé. La convalescence n'est nullement entravée du fait de cette complication. La guérison est de règle; la récurrence l'exception. Sur les trente-trois observations d'épanchements gélatineux que nous rapportons, nous avons noté une seule fois la récurrence (Obs. 91): d'ailleurs il s'agissait là d'une véritable dégénérescence néoplasique; le malade mourut dans la cachexie trois mois et demi après l'opération (POTHERAT). La plupart des cas mortels doivent être rapportés à une étiologie toute différente de celle qui nous intéresse: ramollissement cérébral (Obs. 61), coma diabétique (Obs. 63), thrombose des artères mésentériques (Obs. 81), embolie pulmonaire (Obs. 90), urémie (Obs. 93). Dans les observations 83 et 92, la mort a été le fait de complications d'ordre infectieux: appendicite avec abcès ayant déterminé une péritonite (Obs. 83). péritonite secondaire à l'intervention (Obs. 92). Dans toutes les autres observations, la guérison a été définitive avec disparition complète de la tumeur, même dans les cas où l'intervention a été partielle et insuffisante (Obs de TROTTER n° 71, Obs. de LEJARS n° 76).

Et « ce qu'il faut retenir, dit LEJARS, c'est la réelle bénignité de ces épanchements d'origine appendiculaire, au moins dans la majorité des cas. »

Les suites opératoires ne sont pas aussi favorables dans les épanchements gélatineux d'origine ovarienne.

Avec les progrès de l'asepsie, les suites immédiates, il est vrai, sont plus satisfaisantes. La mortalité, autrefois, était liée à des accidents infectieux péritonéaux qui tenaient beaucoup plus au manque de précaution des opérateurs, qu'à une propriété spéciale du produit gélatineux répandu dans la cavité abdominale. Pour PFANNENSTIEL (1909) l'intervention comporte un pronostic des plus défavorables, car la péritonite emporte 50 % des malades dans les jours qui suivent. En 1910, AHLSTRÖM améliore déjà la statistique en accusant une mortalité par infection secondaire de 10,5 % et aujourd'hui les péritonites secondaires aux interventions de ce genre sont très rares.

Le danger réside surtout dans les suites tardives et ce sont les récidives qui assombrissent le plus le pronostic. Ces récidives sont le plus souvent très éloignées de l'accident initial qui a motivé la première opération. PFANNENSTIEL cite le cas de FRITSCH, pour lequel le pronostic est très défavorable: il a eu l'occasion d'opérer par trois fois la même malade: le première fois en 1883, la seconde en 1886, la troisième fois en 1897, c'est-à-dire 10 ans après la première intervention et toutes les fois pour récidive. AHLSTRÖM est un peu plus optimiste. Sur 28 cas, 13 malades ne firent pas de récidive dans un temps variant entre 2 et 18 ans. Certaines furent perdues de vue. D'autres purent être suivies et la guérison se maintint; 7 malades firent des récidives péritonéales et 2 malades en moururent. Sur nos trois malades, deux furent perdues de vue (Obs. 56 et 58); chez la malade qui fait l'objet de l'ob-

servation 57, l'épanchement se reforma cinq mois plus tard, aussi abondant qu'avant l'intervention. Mais il semble que malgré la récurrence, l'état général ne soit pas très atteint (elle a été revue dernièrement, un an environ après son opération, en état de santé apparemment satisfaisant).

Ces malades finissent d'ailleurs inévitablement par mourir d'épuisement, mais au bout de longues années. Toutefois la terminaison fatale se fait plus rapidement lorsqu'il s'agit de récurrences malignes (greffes de cellules mucoïdes de kystes végétants); il se peut que dans ces cas spéciaux, la radiothérapie pénétrante ayant une action élective sur les cellules métastatiques, le pronostic se trouve de beaucoup amélioré. C'est là le vœu que nous formulons.

— — — — —

CONCLUSIONS

1° Les épanchements gélatineux du péritoine doivent être considérés non comme une affection primitive de la séreuse péritonéale, mais comme de simples complications d'affections protopathiques de cause ovarienne ou appendiculaire.

2° Ils reconnaissent comme origine: les kystes mucoïdes simples ou végétants de l'ovaire, les pseudo-kystes ou « mucocèles » appendiculaires qui possèdent, tous, un caractère anatomique commun: ils sont constitués par des formations kystiques à contenu mucogélatineux et renferment des cellules mucipares. Le produit de sécrétion possède dans les deux cas la même composition et des propriétés identiques. Cette similitude anatomique et histo-physiologique n'a rien qui puisse surprendre d'après ce que l'on sait actuellement de l'origine embryologique des kystes mucoïdes de l'ovaire. LECÈNE, en effet, a donné à ces kystes le nom de « *kystes entéroïdes* » car ils dérivent d'une inclusion ovarienne tératologique de l'endoderme aux dépens duquel se développe le tractus gastro-intestinal.

3° C'est à la suite d'une solution de continuité de la paroi de ces kystes que leur contenu fait issue dans le péritoine. Il n'est même pas nécessaire que la rupture soit très étendue: une simple fissuration de l'enveloppe kystique ou une perforation d'un petit kyste

intrapariétal suffisent en général pour donner naissance à un épanchement de ce genre.

4° Si l'épanchement gélatineux est uniquement constitué par le produit de sécrétion des glandes muqueuses sans greffe de cellules mucoïdes, la collection formera une masse inerte, de volume variable, dont l'évolution n'aura pas de répercussion fâcheuse sur l'état général.

Si au contraire, l'épanchement contient des cellules mucoïdes vivaces proliférantes ou malignes, elles vont s'implanter sur la membrane péritonéale et augmenteront, par leur sécrétion, le volume de la collection. Ces implantations d'îlots cellulaires sur le péritoine peuvent se retrouver aussi bien dans les « mucocèles » appendiculaires, que dans les kystes mucoïdes simples ou végétants. Dans ce dernier cas cependant, ces greffes semblent posséder un caractère particulier de malignité.

5° Il n'existe malheureusement pas de signes pathognomoniques de ces épanchements; aussi le diagnostic est-il des plus délicats. Toutefois en présence d'un « gros ventre d'allure chronique », simulant une ascite, ou d'une « tumeur » qui s'est lentement constituée dans la fosse iliaque droite, le chirurgien devra toujours penser à la possibilité d'un épanchement gélatineux diffus ou localisé dans la région appendiculaire. Quelquefois cependant, l'interrogatoire minutieux et les éléments de l'exploration clinique pourront faire présumer l'existence de masses gélatineuses intrapéritonéales; mais, seule, la ponction exploratrice renseignera définitivement le clinicien sur la nature exacte de l'épanchement.

6° De tendance généralement bénigne, les épanchements gélatineux d'origine appendiculaire et certains

épanchements d'origine ovarienne (kyste mucoïde simple) comportent un pronostic des plus favorables. Mais les épanchements gélatineux qui se compliquent de greffes péritonéales semblent se rapprocher, par leur allure clinique, des tumeurs malignes. Bien que leur évolution soit beaucoup plus lente que celle des cancers, le pronostic s'aggrave du fait de la possibilité d'une récurrence post-opératoire. Les cas de guérisons sont plutôt temporaires que certains et la survie est des plus variables.

7° Après ovariectomie ou appendicectomie, suivie d'une toilette soignée du péritoine, la guérison est en général définitive dans les épanchements gélatineux non compliqués de greffes. Les épanchements avec greffes de cellules mucoïdes malignes, relevant d'un kyste végétant de l'ovaire, sont presque toujours au-dessus des ressources de la chirurgie, et la laparotomie ne sera le plus souvent qu'exploratrice. La radiothérapie pénétrante pourrait peut-être dans ces cas amener sinon la guérison du moins une notable amélioration.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLSTRÖM. — Sur les kystes colloïdes de l'ovaire et sur les altérations consécutives à leur rupture. (*Nordische medicin. Archiv.*, 1909 et *Journal de Chirurgie*, 1910).
- ALBERTIN. — Kyste mucoïde de l'ovaire rompu avec généralisation à l'appendice. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 1^{er} juillet 1909).
- AMADOU. — *Contribution à l'étude du cancer de l'ovaire*. (Th. Montpellier, 1919).
- B. AUICHE. — *Bulletin de la Société anatom. et phys. de Bordeaux*, 1887.
- BEINLICH. — *Charité Annalen*, I, p. 403.
- BETHMANN. — *Centrälblatt f. chirurg*, n° 39, 1894, p. 929.
- BOURSIER. — Considérations sur la rupture intrapéritonéale des kystes colloïdes de l'ovaire à propos d'un cas de rupture avec ascite gélatineuse. (*Annales de gynécologie*, année 1895).
- BROUARDEL et GILBERT. — *Maladies du péritoine*, p. 295.
- CHEVILLOTTE. — *Contribution à l'étude de la rupture spontanée des tumeurs liquides de l'ovaire*. (Th. Paris 1906-1907).
- CHAVANNAZ. — Pseudomyxôme péritonéal d'origine appendiculaire. (*Communication à la Société de Chirurgie de Paris*, 21 avril. 1909, *Semaine médicale*, 1909, p. 214).
- CLAUDE et LEVI. — Cancer colloïde du péritoine. (*Archives générales de Médecine*, 1895, p. 151).
- CORNIL et ROBIN. — Cancer colloïde primitif du péritoine. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1873).

- Cossy. — Cancer colloïde des ovaires et cancer consécutif du péritoine. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1876).
- CRAMER. — *Semaine médicale*, 1924, p. 187, et *Presse médicale* 1927, p. 1542.
- CRUVEILHIER. — *Traité d'anatomie pathologique*, V, 1864.
- CONDAT (Mlle). — Kyste de l'appendice et épanchement gélatineux du péritoine. (*Toulouse médical*, 1^{er} octobre 1921).
- COURS F. et MONTPELLIER J. — Sur les évolutions cellulaires, le diagnostic histologique et les homologues des épithéliomas ovariens issus des vestiges wolffiens. (*Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*).
- DELETREZ. — *Académie royale médicale de Belgique*, t. XXVI, 3 mai 1913, p. 341.
- DEMONS. — Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux, 1896.
- DE SINETY. — *Bulletin de la Société de Biologie*, Paris 1886.
- DAGAEFF. — In *Journal de Chirurgie*, 1909.
- DONAT. — *Centrälblatt für gynakolog.* n° 32, 1886, et *Archiv. f. gyn.*, Bd 26: « Un cas de pseudomyxôme péritonéal », 1885.
- DE TERNERY. — Le pseudomyxôme du péritoine. (*France médicale*, 1886, p. 421).
- DREYFUSS. — *Les tumeurs malignes de l'ovaire*. (Th. Paris 1907).
- DÜFFNER. — *Rupture de kystes de l'ovaire*. (Th. Nancy 1893).
- EDEN. — *Lancet London*, 30 nov. 1912, t. II, p. 1498.
- ELBE. — Appendixysten und divertikel. (*Beiträge z. klin. chirurg.*, 1909, XIV, 3).
- FOSSARD. — *Rupture des kystes de l'ovaire*. (Th. Paris 1901).

- FRÄENCKEL. — Ueber das Sogenante Pseudomyxôma përitonëi (*Munch. Medic. Wechensch.*, 11 juin 1901. *Munch. Medic. Wochensch.*, 21 et 28 mai 1912. *Semaine médicale*, 11 décembre 1912, p. 368).
- GALIPPE et LANDOUZY. — *Bulletin Société Biologie*, 18 février 1887. *Gazette des Hôpitaux*, 24 février 1887.
- GIRAUD et ARNAUD. — Rapport sur « la maladie gélatineuse du përitoine ». (*Bulletin et Mém. de la Société de Chirurgie de Marseille*, t. III, n° 1, janvier 1929).
- GOLDSCHWEND. — Considérations sur la question des pseudomyxômes du përitoine. (*Weiner klinische Wochenschrift*, t. XXII, 1909).
- GESSEN. — *Rupture des kystes de l'ovaire*. (Th. Bordeaux 1909).
- GOURSOLAS. — *Le pseudomyxôme du përitoine*. (Th. Lyon 1911).
- GROSS, ROHMER et VAUTRIN. — Tumeurs du përitoine. (*Eléments de pathologie et de clinique chirurgicale*, t. II, p. 669).
- HABERLE. — *Beiträge zur Lehre von pseudomyxôme përitonëi*. (Würzburg 1906).
- HADJÈS A. — *Contribution à l'étude de la généralisation des épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire*. (Th. Paris, 1889).
- HARTMANN et BINET. — Les pseudomyxômes d'origine appendiculaire. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars-avril 1918).
- HIRST, cité par STENGEL. — *Journal americ. médic. Associat. Chicago*, 17 février 1906, t. XLVI, p. 495.
- HONECKER. — Pseudomyxôma përitonëi nach-appendicitis. (*Inaug. dissert. Leipzig*, 1910).
- HORMUNG. — *Centrälblatt für gynakolog.*, n° 26, 1928, p. 1630.
- C. HUETTER. — Zur Frage der Pseudomyxôma përitonëi (*Zieglers Beiträge z. patholog. anatom.*, 1907, XLI, 3).
- HYVERNAUD. — *Le pseudomyxôme d'origine appendiculaire*. (Th. Paris 1920).

- HERTZ. — Sur un cas de maladie gélatineuse consécutive à la rupture d'un kyste mucoïde de l'ovaire. (*Bulletins et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie*, séance du 6 juin 1928, n° 20, 16 juin 1928, p. 830).
- KEMHADJIAN A. — *La cancer de l'appendice iléo-cæcal*. (Th. Paris 1911).
- KING. — Le pseudomyxôme du péritoine. (*The American Journal of Obstetrics and Diseases of women and children*, t. XXX, oct. 1919).
- KNAPP. — (*Inaug. Dossert. Leipzig*, 1900).
- KNOWSLEY THORNTON. — *Medic. Times and gaz.*, vol. I, p. 213 et 673, 1881.
- KRETSCHMAR. — Ueber pseudomyxôma péirtonéi. (*Monatschr f. geb. gyna'kol.*, Berlin 1897, V. Erguzugehft, p. 32).
- KÜMMER. — La maladie gélatineuse du péritoine(Pseudomyxôme du péritoine). (*Schweizer Mediz. Woch.*, 1928, n° 27, pp. 684-691).
- LAIR. — *De la rupture spontanée des kystes de l'ovaire*. (Th. de Lyon 1891-1892).
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — *Kystes de l'ovaire*, p. 996.
- LECÈNE. — *Rapport à la Société de Chirurgie de Paris*, 6 juin 1928. Note publiée à l'Académie des Sciences, 10 juillet 1923.
- LEJARS. — *Revue de Chirurgie et de Gynécologie abdominale*, t. 21, n° 1, 1913.
- La maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire. (*Semaine médicale*, t. XXXII, 11 déc. 1912).
- LAUWERS. — *Société belge d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1890, p. 252.
- LAMUGUE (Mme). — *Contribution à l'étude de la rupture intrapéritonéale des kystes de l'ovaire*. (Th. Bordeaux 1897-1898).
- LÉO. — Ruptures spontanées, multiples et totales des poches d'un kyste multiloculaire à contenu gélatini-forme. (*Bulletin de la Société anatom. de Paris*, 1902).

- LEONTIEFF B. M. (St-Petersbourg). — Pseudomyxôma peritonéi ex processu vermiformi. (*Roussky Vracht*, t. XII, septembre 1913, p. 1288).
- LE DENTU (par FORGUE et MASSABUAU). — *Kyste de l'ovaire*, p. 696.
- LUDWIG KORN. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Dresde*, mai 1889.
- MAC DONALD. — *Edimbourg Medic. Journal*, 1885, (mai et juin).
- MASSON (*Précis de*) 1922. — Origine wolffienne et évolution mucipare de nombreuses formations kystiques et papillifères de l'ovaire.
- MAYER. — *Charité Annalen*, V, 1880.
- MALPAS et LOSTALDOT. — *Lancet*, 24 juin 1911, t. I, p. 16 à 98.
- MARIO ACEDEVO. — *Revue de la Société de Médecine argentine* (mai-juin 1906).
- MEHU. — Etude sur les liquides extraits des kystes ovariens. (*Archives générales de Médecine*, sept. 1881).
- MENETRIER. — Traité de chirurgie de Brouardel et Gilbert : Cancer, p. 280. Les kystes multiloculaires de l'ovaire. (*Bulletin de la Société clinique de* 1885). (*France médicale*, 1886, p. 37).
- MENETRIER, PEYRON, SURMONT. — Tumeurs kystiques de la région ovarienne ,embryologie générale et topographique). (*Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, 1922).
- MENNIG. — (Dissert Inaugur, Kiel 1880).
- MERCIER-BELLEVUE (Mme). — *Le pseudomyxôme du péritoine d'origine appendiculaire*. (Th. Bordeaux 1911).
- MERCKEL. — *Münch. Medic. Wochens.*, 26 juillet 1904, p. 1360.
- MERIEL et LEFEBRE. — Ascite gélatineuse par rupture d'un kyste colloïde de l'ovaire. (*Toulouse médical*, 1^{er} juin 1922, p. 438).
- MESSA G. A. — La rupture spontanée des tumeurs kystiques de l'ovaire. (*La Gynécologia*, 1912, n° 11, t. IX, p. 321).

- MEYER. — *Centrälblatt f. chirurg.*, n° 37, 1907, p. 1101.
- MOORE. — *Brit. Medic. Journal*, 7 mai 1910, t. I, p. 1909.
- NAGER. — *Zieglers Beiträge z. patholog. Anat.*, 1904, XXXVI, I. (*Lymphangioendothélioma cysticum abdominis*).
- NEPVEU. — Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine. (*Annales Gynécol.*, 1875, t. IV).
- NEUBAUR. — (*Inaug. Dissertat. Erlangen*, 1888).
- NEUMANN. — *Berliner Klinische Wochensch.*, 4 janvier 1909, et *Semaine médicale*, 1908 p. 611.
- NETZEL. — *Nord. Medic. Archiv.*, XVII, 1885.
- OLSHAUSEN. — Zeit für geburt XI. Helft I. Die Krankheiten den ovarien. (Stuttgart 1886, p. 119).
- OUTERBRIDGE G. W. (Philadelphie). — Tumeurs de l'ovaire. (*The Americ Journ. of obstetr. and Dis. of women and children*, 1911).
- OTTO. — *Centrälblatt für gynakolog.*, n° 37, 1928, p. 2425. (*Pseudomyxôma peritonei ex ovario*).
- OTT D. O. — Société russe de Chirurgie, séance de 18 avril 1886. *Wratch*, n° 3, pp. 53-54.
- PEAN. — *Diagnostic des tumeurs de l'abdomen et du petit bassin* (1880), (t. I, p. 407; t. III, pp. 614-643).
- PFANNENSTIEL. — *Pseudomyxôma peritonei*. (In *Veit Handbuch der gyn.*, 1909).
- PIORZA. — Congrès médical de Pavie, 1887. (*Archives générales*, février 1887, p. 66).
- POUPINEL. — *De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire*. (Th. Paris 1886).
- POTHERAT. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 30 octobre 1918, 14 février 1919.
- POZZI et JAYLE. — *Traité de gynécologie*. Kyste de l'ovaire. (Tome II, p. 930).
- RATHE. — *Monatschr f. geb. von gyn. Berlin* (mars 1913).
- RECAMIER. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 13 janvier 1905.

REH. — Ueber pseudomyxoma peritonei (Wüzburg 1896).

ROCHE. — Kyste déhiscent de l'ovaire avec ascite gélatineuse. (*Journal de médecine de Bordeaux*, XXXV, p. 98, 1905).

RUEDER. — *Centrälblatt f. gynak.*, 1896, p. 173.

RUNGE. — *Centrälblatt f. gynak.*, 1888, p. 233.

ROSENBACH (Hambourg). — Cancer colloïde du péritoine. (*Zeitschrift für Krebsforschung*, t. X).

SCHUMANN. — Surgery. gyneco-obstétrique. (Chicago 1903).

SEBILEAU. — *Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme.* (Th. Paris 1887).

SCHLEGTENDAL. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1886 n° 2 et 3.

STRASMANN. — *Zeitschr f. geburt und gynak.*, XXII, 1896.

SANTLUS. — Ueber pseudomyxoma peritonei, (Berlin 1902).

SWIECIKI. — *Centrälblatt f. gynekol.*, n° 44, 1885.

SOUPAULT. — Un cas de maladie gélatineuse du péritoine dû à la rupture d'un kyste de l'ovaire. (*Bulletins et Mémoires Société chirurg.*, n° 20, 16 juin 1928, p. 830).

SPIEGELBERG. — Ueber perforation den ovarienkystome in die Bankhole. (*Archiv. f. gynakol.*, 1870, Bd. I, Helft I, p. 60).

TEDENAT (Montpellier). — Rupture des kystes de l'ovaire. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, XL^e année, novembre 1913).

TERRIER. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1887, p. 721.

TAUFFER. — *Centrälblatt für gynakol.*, 1896, p. 747.

TILMANN. — *Centrälblatt f. gynakol.*, 1890, p. 102.

WILFRID TROTTER. — Le pseudomyxône du péritoine. (*The British Journal Medical*, 19 mars 1910, p. 687).

VILLAR. — Rupture intrapéritonéale d'un kyste gélatineux de l'ovaire gauche. (*Revue gynécologique, obstétrique et pédiat. de Bordeaux*, 1900).

- VILLIET. — Ascite gélatineuse et kystes de l'ovaire. (Th. de Toulouse 1922).
- VIDAL. — *Société médicale des Hôpitaux*, 1874.
- WAITE (Mme). — *Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire*. (Th. Paris 1883).
- WAITZ. — *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1891, n° 14.
- WENDELER. — *Monatschrift f. geburt und gynäkolog.*, Bd IV, p. 186.
- WESPHALEN. — Beiträge zur anatomie ders pseudomyxoma peritonei nach ruptur von allertigen pseudomucin-kystomen. (*Arch. f. gynakolog. Berlin*, 1899, LIX, pp. 642-643).
- WARREN BAILEY. — *Southern Surgery and gynecolog. transactions Philadelphia*, 1915-1916, t. XXVIII, p. 339.
- WERTH. — *Archiv. f. gynakol.*, 1884, t. XXIV, p. 100.
- TH. WILSON (Birmingham). — Kystes de l'appendice vermiforme. Contribution à l'étude du pseudomyxôme du péritoine. (*The Lancet*, t. CLXXXIII, 30 nov .1912).
- WINTERNITZ. — Inaugural Dissertat. Tubingen 1880.
- ZIEMBICKI, TERRIER, DUPLAY. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1887, p. 721.
-

Vu : *Le Président de Thèse*,
COSTANTINI.

Vu : *Pour le Doyen*,
L'Assesseur,
GILLOT.

Vu et permis d'imprimer.
Alger, le 17 novembre 1929.

Le Recteur,
TAILLIART.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	15
CHAPITRE I. — OBSERVATIONS	21
<i>Observations d'épanchements gélatineux d'origine</i> <i>ovarienne</i>	21
<i>Observations d'épanchements gélatineux d'origine</i> <i>appendiculaire</i>	70
CHAPITRE II. — ETIOLOGIE	95
CHAPITRE III. — ETUDE CLINIQUE	103
CHAPITRE IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE...	117
CHAPITRE V. — PATHOGENIE	139
CHAPITRE VI. — DIAGNOSTIC	157
CHAPITRE VII. — EVOLUTION ET PRONOSTIC...	171
CHAPITRE VIII. — TRAITEMENT ET SUITES OPE- RATOIRES	179
CONCLUSIONS	185
BIBLIOGRAPHIE	189

IMPRIMERIE
« LA TYPO-LITHO »
ALGER

